

A Criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no Combate ao Retraimento Social dos Mais Velhos

Raquel Sofia Leite Marinho Ferreira

Dissertação a apresentar ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Doutora Sidalina Almeida.

Agradecimentos

Para a elaboração deste trabalho contei com o contributo e apoio de um vasto número de pessoas, às quais declaro toda a minha gratidão, pelo apoio e incentivo que me deram na conclusão de mais uma etapa:

Primeiramente quero agradecer à Professora Doutora Sidalina Almeida, por ter aceite orientar o meu trabalho. Obrigada pela disponibilidade, competência, transmissão de conhecimentos, motivação e amizade. São já alguns anos que nos unem e mais uma vez foi um privilégio ser orientada pela Professora.

À Dra. Cristina Fernandes, Assistente Social e Diretora Técnica do Lar Rainha Santa Isabel, relembro com entusiasmo o dia em que juntas dialogamos pela primeira vez sobre este projeto. Obrigada por acreditar em mim, por toda a colaboração e amizade que nos une.

À Professora Doutora Amélia Ferreira, provedora da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, um muitíssimo obrigada por “abrir” as portas desta casa aos jovens, nos quais me incluo e por nos dar a oportunidade de mostrarmos o nosso trabalho. Obrigada por acreditar que somos capazes! É para mim uma honra fazer parte da equipa de profissionais desta instituição.

Para as minhas queridas amigas, para as quais exprimo a minha total gratidão: Bárbara, Nádia, Vanda, Francisca, Célia. Obrigada pelo apoio, pela força e incentivo.

À minha prima Margarida pelas horas que partilhamos à volta deste trabalho, sem ti não seria a mesma coisa... obrigada pela paciência!

E por fim à minha família, em especial aos meus queridos pais, irmã e cunhado...Obrigada por concretizarem os meus sonhos, por investirem na minha formação e por caminharem sempre ao meu lado.

“Deus quer, o Homem sonha e a obra nasce”

Fernando Pessoa

Resumo

A prestação de cuidados no domicílio tem-se revelado uma aposta em ascensão ao nível das políticas sociais dirigidas à população idosa. Num território onde se pretende criar o Serviço de Apoio Domiciliário, torna-se pertinente refletir sobre a importância que lhe atribuem os idosos, seus potenciais utilizadores, pensando na satisfação das suas necessidades. É crucial ter uma perceção adequada das reais necessidades dos idosos que consideramos não estarem confinadas àquelas que permitem manter a sua vida biológica. As questões que se prendem diretamente com a perspetivação do Serviço de Apoio Domiciliário, obrigam-nos também a compreender a dimensão de fenómenos sociais como o isolamento, a solidão e o retraimento dos indivíduos nos seus domicílios. Conhecer a origem destes fenómenos e perceber como interferem no quotidiano de vida dos indivíduos, constitui uma mais-valia na estruturação de uma resposta social com um lado inovador. Neste projeto o objetivo de estender esta resposta a outros domínios da vida dos indivíduos, potenciando sobretudo a sua rede de relacionamento social e a sua participação ativa na sociedade, assume centralidade.

Ter conhecimento das condições em que os idosos vivem, que tipo de retaguarda familiar possuem, os seus recursos económicos, os modos de viver a reforma e as suas representações e expectativas em matéria de equipamentos para idosos, são algumas questões às quais pretendemos dar resposta. Os resultados que ressaltam deste estudo revelam-se importantes para delinear novas intervenções ao nível do Serviço de Apoio Domiciliário. Determinam, sobretudo, implicações práticas, particularmente no âmbito da intervenção junto das famílias e comunidade. A informação recolhida junto de 200 indivíduos com 75 ou mais anos de idade com o recurso a um inquérito, permitiu perceber que os idosos residentes nas três freguesias selecionadas do concelho - Fornos, São Nicolau e Tuías – em que uma percentagem significativa está objetivamente isolada (21% dos indivíduos vive só) na sequência da sua condição de viuvez (sendo que da população inquirida 43% são viúvos) – pretendem permanecer nos seus domicílios ou nos dos seus familiares (perfazendo 47%), podendo contar com cuidados profissionalizados de uma estrutura de Apoio Domiciliário que preste serviços mais diversificados.

Abstract

The provision of home care has proven to be a rising endeavor on the level of social policies targeting the elderly population. In a territory where they want to create the Home Support Service, it is pertinent to reflect on the importance attached to it by the elderly, its potential users, thinking in meeting their needs. It is crucial to have an adequate perception of the real needs of the elderly which we consider are not confined to those which keep their biological life. The issues that relate directly to perspectives of the Home Support Service also require us to understand the dimension of social phenomena such as isolation, loneliness and withdrawal of individuals in their homes. Knowing the origin of these phenomena and understanding how it interferes in the daily life of individuals, is an asset in structuring a social response with an innovative side. In this project, the aim of extending this response to other areas of life of individuals, particularly enhancing their network of social relationships and their active participation in society, assumes centrality.

To be aware of the conditions in which older people live, their family and economic resources, the way they live their life retirement and their expectations regarding facilities for the elderly, are some questions that we intend to answer. The results that highlight from this study are important to outline new interventions at the Home Support Service level. They determine mainly practical implications, particularly in the context of intervention with families and community. The information collected from 200 individuals with 75 or more years, with the use of a survey, allowed the understanding that the elderly residents in the three selected towns of the city - Fornos, São Nicolau and Tuías - in which a significant percentage is objectively isolated (21% of individuals live alone) following their condition of widowhood (where 43% of the surveyed population are widowed) - intend to stay in their homes or in their family homes (totaling 47%), may rely on the skilled care of a structured home support to provide more diversified services.

Keywords: Home Support Service (HSS), Senior

Résumé

La prestation de soins à domicile s'est avéré un pari à la hausse au niveau des politiques sociales ciblant la population âgée. Dans un territoire où ils veulent créer le Service de soutien à domicile, il est pertinent de réfléchir à l'importance que lui accordent les personnes âgées, les utilisateurs potentiels, en pensant à répondre à leurs besoins. Il est crucial d'avoir une perception adéquate des besoins réels des personnes âgées que nous considérons ne se limitent pas à ceux qui gardent leur vie biologique. Les questions qui se rapportent directement aux perspectives de Home Service nous obligent aussi à comprendre la dimension des phénomènes sociaux tels que l'isolement, la solitude et le retrait des individus dans leurs maisons. Connaître l'origine de ces phénomènes et de comprendre comment intervenir dans la vie quotidienne des individus, est un atout dans la structuration d'une réponse sociale avec un côté novateur. Dans ce projet, l'objectif de l'extension de cette réponse à d'autres domaines de la vie des individus, en particulier l'amélioration de son réseau de relations sociales et leur participation active dans la société, suppose la centralité.

Conscient des conditions dans lesquelles vivent les personnes âgées, ce type de prise de famille en arrière, leurs ressources économiques, les moyens de la réforme de la vie et de leurs représentations et attentes concernant les installations pour les personnes âgées sont des questions que nous avons l'intention de répondre. Les résultats de cette étude montrent que le stress est important de concevoir de nouvelles interventions au niveau Accueil Service. Déterminer les répercussions essentiellement pratiques, en particulier dans le contexte de l'intervention auprès des familles et de la communauté. Les informations recueillies auprès de 200 personnes ayant 75 ans ou plus avec l'utilisation d'une enquête, a permis de constater que les personnes âgées résidant dans les trois districts du comté - Fornos, São Nicolau et Tuías - dont un pourcentage important est objectivement isolé (21% des personnes vivant seules) à la suite de son état de veuvage (où la population étudiée 43% sont veufs) - l'intention de rester dans leurs maisons ou dans leurs familles (au total 47%), peut compter sur des soins qualifiés d'une structure soutien à domicile pour fournir des services plus diversifiés.

Mots-clés: Service de soutien à domicile (SSD), personnes âgées

Siglas

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ADI – Apoio ao Domicílio Integrado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da vida diária

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

UAI – Unidade de Apoio Integrado

Índice

1. Introdução.....	13
2. Isolamento social/ Solidão na velhice: novos desafios para os equipamentos sociais para idosos	18
3. Serviço de Apoio Domiciliário	26
3.1. Conceito:	26
3.2. Objetivos do Serviço de Apoio Domiciliário	27
3.3. Objetivos do sad: a resposta Às necessidades dos idosos.....	28
3.4. Objetivos de Natureza Social.....	33
3.5. Beneficiários.....	35
3.6. o sad e o domicílio dos idosos	37
3.7. Modelos de Gestão do SAD e Tipologia dos Profissionais Envolvidos	39
3.8. Princípio da Prevenção/Reabilitação e Promoção da Autonomia	41
3.9. Programa Individualizado.....	43
3.10. Taxas de cobertura de utilização do SAD.....	44
3.11. Documento Regulador	48
3.12. Perspetivas futuras - o que esperar deste serviço.....	49
4. Indicadores de envelhecimento No Concelho do Marco de canaveses	52
5. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População de Marco De Canaveses	57
5.1. Objetivos do Estudo e Notas Sobre Opções metodológicas.....	57
6. Resultados e Discussão: Estudo do Perfil do Envelhecimento da População de Marco De Canaveses	63
6.1.1. Introdução.....	63
6.1.2. Local de residência por género e grupo etário	63
6.1.3. Estado Civil por grupo etário	64
6.2. Condições materiais de existência.....	64
6.2.1. Rendimentos	64
6.2.2. Trajetos socioprofissionais.....	69
Recursos escolares	69
Trajetos profissionais	70
6.2.3. Condições de habitação e oportunidades de vida.....	74
6.2.4. Autonomia/dependência	78
6.2.5. Recursos relacionais.....	80
Grau de isolamento da população envelhecida	80
6.3. Modos de vida na reforma	90

7. Necessidades e expectativas dos idosos em relação ao serviço de apoio domiciliário: a base do desenho de UM sad inovador.....	95
8. Conclusão	108
9. Bibliografia	112

Índice de Tabelas:

Tabela 1 População residente em Marco de Canaveses segundo os Censos: total e por grandes grupos etários	53
Tabela 2 Evolução do índice de independência de idosos	53
Tabela 3 Evolução do índice de envelhecimento	54
Tabela 4 Evolução do índice de longevidade	54
Tabela 5 Caracterização dos inquiridos segundo o género.....	61
Tabela 6 Caracterização dos inquiridos segundo a faixa etária	61
Tabela 7 Caracterização dos inquiridos por freguesias	63
Tabela 8 Caracterização dos inquiridos segundo o estado civil	64
Tabela 9 Condição atual dos inquiridos perante o trabalho	65
Tabela 10 Mediana do valor das reformas (€) dos inquiridos.....	65
Tabela 11 Mediana de anos de desconto	66
Tabela 12 Indivíduos com pensões inferiores ao limiar da pobreza	66
Tabela 13 Mediana de despesas mensais com medicamentos (€)	67
Tabela 14 Mediana de outras despesas com a saúde.....	67
Tabela 15 Regime de ocupação	68
Tabela 16 Mediana de rendas por género	68
Tabela 17 Tipo de alojamento dos inquiridos	69
Tabela 18 Nível de instrução completado por local e residência, sexo e grupo etário (%)	70
Tabela 19 Idade mediana com que os inquiridos começaram a trabalhar	71
Tabela 20 Condição dos inquiridos perante o trabalho ao longo da vida	71
Tabela 21 Idade mediana saída do mercado de trabalho	71
Tabela 22 Grupos profissionais	73
Tabela 23 Lugares de classe	73
Tabela 24 Tipo de alojamento dos inquiridos	75
Tabela 25 Infraestruturas e equipamentos.....	76
Tabela 26 Estado de conservação dos alojamentos.....	77

Tabela 27 Equipamentos e serviços disponíveis na área de residência	78
Tabela 28 Escala de Barthel	79
Tabela 29 Índice de Lawton e Brody	80
Tabela 30 Composição do grupo doméstico por grupos etários (%)	81
Tabela 31 População envelhecida com filhos	82
Tabela 32 Mediana de filhos	82
Tabela 33 Inquiridos com filhos emigrantes	82
Tabela 34 Distância a que vive o filho mais próximo	82
Tabela 35 O filho que reside mais próximo é o que presta mais apoio?	83
Tabela 36 Distância a que vive o filho que lhe presta mais apoio	83
Tabela 37 Frequência com que pode contar com os filhos para a realização de atividades	84
Tabela 38 Grau de importância que sentem que os filhos lhes dão	85
Tabela 39 População envelhecida com netos	85
Tabela 40 Mediana de netos dos inquiridos	85
Tabela 41 População com netos presentes no dia-a-dia	85
Tabela 42 Frequência com que pode contar com os netos para a realização de atividades	86
Tabela 43 Grau de importância que sentem que os netos lhes dão.....	87
Tabela 44 População envelhecida com familiares próximos	87
Tabela 45 Grau de parentesco dos familiares mais próximos	87
Tabela 46 Frequência com que pode contar com os outros familiares para a realização de atividades	88
Tabela 47 Grau de importância que sentem que os outros familiares lhes dão.....	88
Tabela 48 População envelhecida com amigos/vizinhos próximos	89
Tabela 49 População envelhecida com amigos/vizinhos próximos e presentes no dia-a-dia	89
Tabela 50 Frequência com que pode contar com os amigos/vizinhos para a realização de atividades	90
Tabela 51 Grau de importância que sentem que os amigos/vizinhos lhes dão	90
Tabela 52 Locais frequentados pelos idosos.....	91
Tabela 53 Atividade a que os inquiridos dedicam mais tempo.....	92
Tabela 54 Desejo de participar numa atividade útil após a reforma	93

Tabela 55 Tipo de atividades úteis que gostariam de realizar	93
Tabela 56 Serviços a que os inquiridos recorrem em caso de problema de saúde	94
Tabela 57 Motivos pelos quais os inquiridos recorrem aos serviços de saúde.....	94
Tabela 58 Nível de satisfação dos inquiridos com os serviços de saúde mais frequentados	95
Tabela 59 Solução que os inquiridos consideram mais adequada para si em caso de incapacidade para cuidar de si.....	98
Tabela 60 Razões pelas quais, no caso de ausência de familiares, os inquiridos gostariam de ter a presença de alguém	98
Tabela 61 Disponibilidade dos inquiridos para pagar o serviço	101
Tabela 62 Razões pelas quais os inquiridos não estão disponíveis para pagar pelo serviço	101
Tabela 63 Aspetos considerados importantes pelos inquiridos no serviço de apoio domiciliário	102

1. INTRODUÇÃO

Nas sociedades desenvolvidas, o envelhecimento demográfico apresenta-se atualmente como um dos fenómenos sociais mais relevantes, uma vez que se tem verificado um claro aumento da população idosa face à população jovem, fenómeno que se denota um pouco por todo o mundo. Esta tendência tem determinado por parte dos responsáveis políticos, da sociedade civil e mesmo de investigadores, a procura de estratégias de intervenção que possibilitem a minimização dos efeitos mais negativos deste fenómeno social. Esta nova tendência exige por parte do Estado Providência uma intervenção capaz de responder às necessidades dos idosos, em áreas diversas como a saúde, economia, estruturas familiares e proteção social. O aumento da esperança média de vida e/ou da longevidade está, normalmente, associado ao declínio físico e mental dos indivíduos. Neste sentido, torna-se fundamental que os serviços sociais e de saúde, estejam devidamente preparados para responderem a este fenómeno, contribuindo para a qualidade de vida dos mais velhos e satisfação das suas necessidades. A diversidade de serviços disponíveis para a satisfação dessas mesmas necessidades é uma realidade, embora variem consoante o desenvolvimento das sociedades, procurando responder de modo global a solicitações de natureza muito diversificada. As sociedades deverão ser capazes de proporcionar o apoio adequado aos seus idosos, que pode variar entre a colaboração na execução de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), como na planificação de outras atividades que permitam desenvolver as sociabilidades dos idosos, as suas aprendizagens, de forma a que a vida faça sentido para eles. As respostas existentes face à necessidade do cuidado apontam para diferentes caminhos. Por um lado, a existência de serviços comunitários, normalmente direcionados para indivíduos que possuem ainda algum grau de autonomia e que contam com uma rede social de suporte satisfatória. Por outro lado, os serviços associados à institucionalização, direcionados para situações de grande dependência, onde as redes de suporte familiar são insuficientes ou não existem.

No âmbito do estágio profissional que me encontro a realizar na Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, nomeadamente no Lar Rainha Santa Isabel, foi-me proposto pela Diretora Técnica do lar a elaboração de um projeto que visa a criação de uma nova valência na instituição – Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Deste modo, associei esta proposta à elaboração do presente projeto de intervenção. Primeiramente, convém

definir o que se entende por Serviço de Apoio Domiciliário - resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as Atividades da Vida Diária (Direção Geral da Ação Social). Trata-se de um serviço altamente valorizado e preferido pela população idosa, já que permite a sua permanência no habitat natural, reconhecendo-se, deste modo, a importância atribuída à sua habitação e à sua comunidade por parte dos idosos. E por isso, é um serviço que possibilita também a preservação das relações familiares. Lage (2005) defende que as políticas sociais e de saúde potenciam cada vez mais, a ideia da manutenção dos idosos no domicílio, tendo em conta a importância do apoio prestado pelos cuidadores informais. O SAD tem como vantagem retardar ou mesmo evitar a institucionalização dos idosos, promovendo a manutenção destes junto dos seus familiares e rede de vizinhança, de modo a contribuir para um envelhecimento baseado nas políticas internacionais do “ageing in place”. Segundo Karsch (2003), a responsabilidade de cuidar de um idoso no domicílio constitui uma realidade que deve ser preservada e estimulada, no entanto, não deverá ser assumida somente pelos familiares, sem auxílio de serviços de apoio especializados e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel, garantindo a satisfação das suas necessidades.

A função assistencial tem estado vinculada à família, sendo considerada tarefa diretamente da sua competência. Desde sempre foi declarada como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência do idoso, sendo reconhecida como instituição fundamental (Lage, 2005). A conceção de família tem evoluído ao longo dos tempos, quer nas suas funções, enquanto sistema, quer nas funções assumidas por cada indivíduo. A sociedade europeia abandonou o modelo tradicional de família, em detrimento do modelo moderno, verificando-se uma descida das taxas de natalidade, aumento dos núcleos familiares e das famílias monoparentais e o aumento do índice de atividade feminina. Ora, estas são algumas das transformações sociais que, explicam o facto de atualmente os cuidadores sentirem dificuldades em conseguir cuidar e acompanhar os seus familiares idosos. Se antigamente o idoso permanecia no seio familiar até à sua morte, encontrando-se este a cargo, principalmente das mulheres que assumiam o papel de cuidadoras, hoje em dia esta situação tem-se invertido.

Em termos de intervenção, e tendo em conta estas questões, considera-se que muito

ainda poderá ser feito em prol do desenvolvimento do SAD. Com este projeto visamos sobretudo pensar e estruturar um lado inovador, que alargue o campo de atuação do SAD. Tal como já foi referido, sabemos que o SAD constitui uma mais-valia face a outras respostas sociais, quer por permitir ao indivíduo a permanência no seu habitat, quer por serem os seus familiares a cuidarem dos mesmos, ainda que com o apoio do SAD. No entanto, consideramos pertinente que a atuação do SAD, se pode desenvolver e alargar a outros domínios. Auxiliar os indivíduos na resolução de problemas e conflitos, acompanhá-los sempre que necessário (bancos, hospital...), contribuir para que saiam das suas casas e exerçam ativamente a sua cidadania, integrá-los na comunidade no desenvolvimento de atividades que lhes permitam realizar novas experiências, desenvolver aprendizagens e descobrir novos interesses, contribuir para o alargamento de uma rede de relacionamento social. Estes e outros serviços que podem ser organizados pelo SAD, têm como principal objetivo, combater o fenómeno do isolamento e da solidão.

Para a concretização deste projeto será constituída uma equipa multidisciplinar juntamente com um programa de voluntariado, para atuar junto dos indivíduos. Ao identificar os problemas e necessidades dos idosos inquiridos, apercebemo-nos que estes não estão apenas remetidos para as Atividades Básicas de Vida Diária. O SAD enquanto serviço que atua no terreno, deverá ser estruturado de modo a responder a um leque variado de problemas, apoiando o idoso, independentemente da natureza do problema.

Quaresma (1999), afirma que o SAD, sendo um serviço de primeira linha, deve ser estruturado tendo por base a intervenção precoce, considerando a flexibilidade e intersectorialidade, potenciando uma ação preventiva ao nível da autonomia dos idosos. A par desta estruturação centrada no beneficiário, o indivíduo dependente, urge equiponderar a função que os cuidadores possuem na garantia do bem-estar pensando numa boa articulação face ao apoio que é prestado “ao” domicílio de modo pontual, com aquele que é prestado “no” domicílio de modo continuado, pelos cuidadores informais, que geralmente residem com o idoso ou próximo deste. Partindo do princípio de que o idoso possui algum cuidador no domicílio, na realidade e aquilo que irei demonstrar ao longo do desenvolvimento do meu trabalho é que muitos destes idosos não possuem qualquer apoio por parte de familiares. Embora tenham filhos, estes não são uma presença constante no quotidiano dos idosos, logo para muitos deles a figura de cuidador não existe. Assim, este estudo pretende alertar para este tipo de situações, comprovando que, na realidade no território onde se pretende criar o SAD, existem

indivíduos sem qualquer tipo de retaguarda familiar. Seguindo esta tendência, apercebemo-nos da importância de fenómenos como o da solidão e exclusão social, presentes na vida dos indivíduos.

Para a conceção de um projeto com objetivos tão ambiciosos, torna-se necessário realizar um diagnóstico gerontológico. Assume-se como crucial a caracterização da população idosa de três freguesias – os futuros destinatários do serviço – de forma a identificar as suas necessidades e os seus problemas; que tipo de apoios esta população possui; em que condições vivem; que rotinas possuem; se podem contar com os seus familiares e com amigos e vizinhos ou cuidados profissionalizados para a sua proteção social, etc. Sendo este serviço criado de raiz, importa igualmente conhecer as expectativas da população em matérias de equipamentos para idosos e de outros projetos na área da gerontologia social, de modo a compreender o que estes esperam do SAD, uma vez que serão os futuros beneficiários desta resposta. No SAD, embora os indivíduos possam permanecer em suas casas, a oferta de serviços é muito limitada e cinge-se sobretudo aos serviços de higiene e alimentação, é necessário mudar o modelo vigente para uma alternativa que permita maior independência e escolha dos utentes.

A aposta no voluntariado é uma forma de obtermos mais indivíduos que apoiem o serviço e que acompanhem o maior número de idosos possível, quer nas suas habitações, que nas saídas e resolução de problemas. O auxílio dos idosos na administração da medicação é um ponto fulcral, uma vez que, estes possuem grandes dificuldades relacionadas com a medicação. A troca de medicamentos, o não seguimento das indicações médicas, é um problema que se agrava quando não existe ninguém que auxilie o idoso. Sendo o SAD apoiado pela Santa Casa, os idosos que irão usufruir do mesmo, poderão ser encaminhados para os diversos serviços de saúde que a entidade oferece (consultas de especialidade, serviços de nutrição, acompanhamento psicológico, fisioterapia, entre outros) e esta constitui igualmente uma vertente inovadora do projeto.

O SAD deve ser mais do que o usual “banho ou marmita”, incluindo outras valências - o transporte, o acompanhamento ao exterior, companhia, ida ao cabeleireiro, atividades ocupacionais e serviços de âmbito mais específico, como os cuidados médicos e de enfermagem.

As famílias não podem ser esquecidas neste serviço, se por um lado estes idosos sofrem de solidão, por outro muitos deles estão ao encargo de filhos e familiares próximos. O desgaste físico e emocional, a falta de apoios financeiros aos cuidadores, leva-nos a

integrar neste mesmo serviço os familiares. As mudanças devem ser realizadas não só nas respostas aos utentes e respetivas famílias mas também no apoio aos profissionais. Mais profissionais, com melhor formação e possivelmente mais bem remunerados, parecem ser fatores cruciais para garantir o êxito destas iniciativas.

Em termos de estrutura o presente trabalho encontra-se dividido em oito partes: a introdução onde realizamos uma contextualização referente à evolução das famílias e sociedade; seguidamente abordamos os fenómenos do isolamento e solidão, apresentando perspetivas de diferentes autores; num terceiro ponto realizamos uma exposição alargada ao Serviço de Apoio Domiciliário; de seguida são apresentados os indicadores relativos ao envelhecimento no concelho do Marco de Canaveses com o objetivo de conhecermos um pouco melhor a realidade deste território; no próximo ponto apresentamos o estudo do perfil do envelhecimento relativo às freguesias em estudo, são expostos os dados que resultam da aplicação de um inquérito junto dos indivíduos; no penúltimo ponto refletimos sobre as necessidades e expetativas dos inquiridos face ao que esperam do Serviço de Apoio Domiciliário, perspetivando o lado inovador e abertura desta resposta a outras dimensões; por fim a conclusão direcionada essencialmente para idealização de uma equipa multidisciplinar, como base de todo o serviço.

2. ISOLAMENTO SOCIAL/ SOLIDÃO NA VELHICE: NOVOS DESAFIOS PARA OS EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS

A constituição da «velhice» como problema social corresponde a grandes transformações económicas que afetaram a organização das famílias que, até à pouco tempo, tomavam a seu cargo os pais idosos quando estes eram incapazes de assumir a sua própria sobrevivência. Compreender a velhice como problema remete-nos para a complexidade e a diversidade dos fatores de ordem social que estão na base da emergência de um problema social (Lenoir, 1990).

A velhice como problema social não é apenas o resultado mecânico do crescimento do número de pessoas idosas, como sugere a noção de envelhecimento demográfico. A ocorrência da «velhice» enquanto problema social afetou, em primeiro lugar, a classe operária, sobretudo a partir de meados do século XIX, com a organização capitalista do trabalho. A «velhice» dos operários é conotada pelo patronato capitalista com a «invalidez», ou seja, com a «incapacidade de produzir». É em função desta lógica que certos dirigentes empresariais institucionalizaram as caixas de reforma: a passagem à reforma dos trabalhadores envelhecidos possibilitava reduzir os custos de produção já que tornava possível, em condições socialmente aceitáveis, a saída dos trabalhadores idosos cujo custo se tornava excessivo face ao rendimento do seu trabalho.

Para percebermos o modo como a velhice tem sido tratada, há que ter em conta também as transformações no seio familiar e as transformações derivadas de outros sistemas sociais. A velhice da classe operária contribuiu inicialmente para a constituição do envelhecimento enquanto problema social devido, como já referimos, às transformações do modo de produção económica. Contudo, a mudança da estrutura social e das relações entre gerações contribuem para que a velhice passe a ser encarada como um encargo para as famílias, que nem sempre dispõem dos meios necessários para auxiliar o idoso. Seguindo esta lógica, existe um marco que é importante analisar e que se prende com o surgimento das primeiras instituições e serviços sociais que vão ganhando terreno na prestação de cuidados aos mais velhos, substituindo o papel das famílias.

O panorama social apresentava-se diferente nas sociedades tradicionais: a família era vista como uma forte unidade, à qual cabia a função de proteção e sobrevivência de todos os membros, expressa nos fortes laços mútuos de entajuda. Em relação à posição

do idoso nestas famílias, ela era a figura à qual se deveria prestar respeito, segurança e uma prestação de todos os cuidados necessários, sendo que o idoso se mantinha no seio da sua família até ao seu falecimento.

Podemos dizer que a sociedade capitalista veio trazer a separação entre a atividade económica e a vida familiar, esta separação teve impacto na dissolução dos valores de solidariedade, da troca e da entajuda que regulavam as relações entre os parentes, e a interdependência dos membros dos grupos primários tende a desfazer-se.

Os recentes e elevados níveis de escolarização, bem como as exigências deste novo mercado de trabalho, absorveram todo o tempo dos membros mais jovens das famílias. A entrada da mulher no mercado de trabalho confere-lhe um novo estatuto, deixando esta o seu papel predominante de cuidadora do lar.

Atualmente, o significado atribuído à velhice varia nas diferentes sociedades e o modo como percebemos esta etapa da vida, apresenta alterações ao longo dos tempos. Tal como já se salientou, nas famílias o idoso tem vindo a perder o seu estatuto de patriarca, figura à qual se devia respeito, detentor do conhecimento e sabedoria. Presentemente aos idosos atribuem-se diversas conotações negativas, situação que coloca estes indivíduos numa categoria social considerada inferior e desvalorizada socialmente. Segundo Fernandes (2001), “a imagem sobre as pessoas idosas é a de que são pessoas gastas, solitárias e pobres. Esta imagem contrasta com a de muitos países do terceiro mundo, onde se considera que as pessoas idosas possuem sabedoria e “afinado julgamento”, pelo que são distinguidas e respeitadas, como aliás o eram nas nossas sociedades antigas”.

Segundo esta autor, nas sociedades contemporâneas a velhice é detentora de uma identidade própria, os indivíduos idosos possuem direitos a prestações financeiras que lhes asseguram uma sobrevivência digna face à entrada na reforma. Ora, como sabemos, devido a indicadores como a reduzida taxa de mortalidade e o aumento da longevidade, as sociedades encontram-se cada vez mais envelhecidas. Esta situação reflete-se no aumento dos encargos sociais e das despesas para com os idosos, o que os coloca numa situação frágil e torna a velhice num problema social. Ser-se reformado coloca os idosos numa situação contrária aos valores que são esperados numa sociedade- produção, rentabilidade, consumo, lucro, etc. Se a reforma gera sérias consequências na dimensão económica, o mesmo acontece face à esfera pessoal do indivíduo reformado. Esta nova etapa da vida dos indivíduos afasta-os, por vezes, antecipadamente do mercado de trabalho. Em termos

sociais, as relações dos idosos podem ser afetadas. O indivíduo acaba por sofrer um corte nos laços sociais, nas amizades e nos contactos estabelecidos ao longo da sua atividade profissional. Passar à condição de reformado constitui um marco importante na história de um indivíduo que pode sofrer sérias consequências negativas, caso esta nova etapa não seja devidamente planeada. Deixar de se ocupar um posto de trabalho, pode conduzir o indivíduo a situações de maior fragilidade como o isolamento, a solidão, a inutilidade, juntamente com a redução do poder económico e também com uma certa desvalorização identitária. Nos dias de hoje, por vezes os indivíduos mais velhos são “convidados” a saírem dos seus postos de trabalho, a idade funciona, neste caso, como um fator de exclusão laboral. A inexistência de conhecimentos, escolaridade aprofundada juntamente com a evolução das novas tecnologias, são fatores igualmente de exclusão e discriminação no mundo do trabalho. Segundo Pimentel (2000), o trabalhador mais velho deixa de ser considerado como um trabalhador com experiência e de conhecimento acrescido, com capacidade para transmitir a sabedoria e, passa a ser visto como incapaz, lento na execução e portador de faculdades diminuídas.

A reforma possui um sentido de deterioração para o indivíduo. Por um lado, constituiu o período da vida mais desejado onde os indivíduos podem finalmente usufruir de descanso e tempo para se dedicarem a praticarem outro tipo de atividades, por outro lado, pode ser encarada pelo indivíduo como a pior fase das suas vidas por todas as alterações que acarreta. Segundo Fonseca (2004), “a análise da problemática da reforma sob o ponto de vista psicológico leva a considerar que o momento da “passagem à reforma” e o processo de transição e a adaptação que lhe está inerente, poderão constituir ocasiões particularmente sensíveis ao aparecimento de alterações no funcionamento dos indivíduos, com inevitáveis consequências ao nível do respetivo bem-estar psicológico e social. Para a maioria das pessoas, a “passagem à reforma” não assinala apenas o fim da atividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.) ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira...)”.

A idade impõe-se como marcador principal no desenrolar linear e irreversível da vida. O Estado Social implementa, em todos os domínios, um verdadeiro governo pela idade, uma política de idades. É o caso das leis sociais que fixam a idade para trabalhar, a

idade da escolaridade obrigatória ou, ainda, a idade para deixar de trabalhar e passar à reforma. A passagem à reforma pode levar os idosos a uma situação de vulnerabilidade ao nível relacional. Não podemos esquecer a forte vulnerabilidade económica a que ficam sujeitos os idosos, sobretudo os das classes populares. As questões relacionadas com a esfera económica encontram-se, pois, muito presentes quando falamos sobre idosos. A vivência da reforma tendencialmente pode significar a existência de uma situação de pobreza ou o prolongar da mesma. A reforma, para alguns idosos, significa uma diminuição acentuada dos seus rendimentos, o que pode condicionar o seu bem-estar.

Para além das dificuldades em termos económicos, há alterações ao nível das redes de relações sociais dos idosos e da proteção social por elas prestada. Como verificamos, há grandes alterações no modo como os elementos dos grupos primários se relacionam, podendo ser mais frequentes as situações de isolamento objetivo e de solidão.

Solidão e isolamento não são sinónimos, embora o isolamento possa influenciar o aparecimento da solidão. O carácter multidimensional destes dois fenómenos tem criado alguma dificuldade na sua conceptualização. Em relação ao isolamento, Neto (1992) refere que “o significado vulgar de isolamento remete para afastamento”. O afastamento pode ser físico (indivíduo que vive afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que se sente moralmente só ou perdido). O isolamento pode promover a solidão, embora esta se relacione mais com aspetos qualitativos. O autor sugere que a solidão é “um sentimento que consiste no isolamento emocional que resulta da perda ou inexistência de laços íntimos e do isolamento social, com a consequente ausência de uma rede social com os seus pares”.

A solidão é um conceito complexo, que facilmente se pode confundir com isolamento, abandono, ausência ou reduzida comunicação, clausura, entre outros. O seu significado é vasto e complexo. Primeiramente, podemos dizer que se trata de uma sensação ou situação de quem vive afastado do mundo ou isolado no meio de um grupo social. Qualquer indivíduo já vivenciou a solidão em qualquer que seja o lugar que habite. Neto (1992) explica que é difícil imaginar uma pessoa que nunca se tenha sentido só. Segundo o autor “a solidão não é muito simplesmente o que se sente quando se está sozinho. A solidão é mais do que estar só. Não significa necessariamente estar sozinho. De facto, muitos de nós apreciam estar sós. Solidão é a perda ou diminuição de interação com o outro, pois até no meio da multidão a pessoa se sente só, vazia, excluída de um grupo, alienada, não amada pelos que a rodeiam, que não tem ninguém com quem partilhar as suas

preocupações e as suas experiências, que tem dificuldade em fazer amizades para além de simples “conhecimento”. Deste modo, a solidão significa muito mais do que estar só, e não possuir relações sociais com outro indivíduo. Esta situação reflete tendencialmente o quotidiano destes idosos. Apesar de não se encontrarem afastados da comunidade, até por habitarem em zonas muito populosas, possuírem redes de vizinhança e apoio dos mesmos, a realidade é que passam a maioria do seu tempo limitados ao espaço das suas habitações.

Neto (1992) salienta a dimensão sócio relacional e de pertença a um lugar, grupo ou comunidade como dimensões que definem a solidão. O autor explica que a solidão é “ (...) uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”. Trata-se de uma vivência em que as relações que o indivíduo estabelece no seu quotidiano, não correspondem a verdadeiras necessidades. A solidão é a condição de estar só, ser só. Relaciona-se com um estado emocional que abrange isolamento, tristeza, apatia, insatisfação na vida e que pode ser provocado pela ausência de laços sociais, de contactos e relacionamentos agradáveis e significativos. Assim, a solidão é um sentimento que se sente quando existem diferenças entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que possuímos na realidade. Por isso, a solidão não é muito simplisticamente o que se sente quando se está sozinho. O âmago da solidão é a insatisfação face aos nossos relacionamentos sociais (quantidade e qualidade).

O indivíduo pode sentir-se só quando socializa com inúmeras pessoas. Faz todo o sentido, afirmar que o conceito de solidão abrange múltiplas situações. Entre elas, a solidão pela perda de alguém ou de algo querido, a solidão da procura, a solidão de ter/de possuir, a solidão da morte, a solidão dos excluídos da sociedade, neste caso concreto importa-nos tomar conhecimento da realidade daqueles que vivem sós nas suas casas. Aquilo que constatei no contacto com os idosos inquiridos nas suas casas, prende-se com o facto de, embora a maioria dos idosos possua filhos, netos e outros familiares, estes nem sempre estão presentes na vida do indivíduo. Por viverem afastados, emigrados, entre outras situações específicas, embora esta família exista, o certo é que os idosos nem sempre podem contar com o apoio destes elementos. Ao mesmo tempo que esta situação se revela, apercebemo-nos do importante papel que os amigos e vizinhos dos inquiridos possuem na vida destes idosos. Com efeito, são estas as pessoas que vivem nas proximidades da casa do idoso, que se encontram diariamente com os mesmos e, que colmatam, muitas vezes as suas necessidades.

Grande parte das definições sobre solidão considera que esta resulta de deficiências nas relações sociais do indivíduo, sendo concebida como um fenómeno psicológico subjetivo e, por isso, não deve ser assumido como sinónimo de isolamento. Toda a pessoa tem, virtualmente, pelo menos um contacto social mínimo, por isso, a solidão é vista mais como representando insatisfação com o número ou a qualidade dos contactos que uma pessoa tem do que com a ausência total de contacto social (Neto, 1992). Posto isto, a solidão reflete, essencialmente, uma diferença subjetiva entre os níveis de contactos sociais desejados e realizados, podendo atingir dimensões psicopatológicas. Neste contexto, importa perceber qual a origem deste fenómeno. O autor distingue três tipos de solidão; a solidão crónica que ocorre quando, durante um período de anos, o indivíduo não está capacitado para desenvolver relações sociais satisfatórias; a solidão situacional que resulta da ocorrência de um evento de vida stressante, como uma morte ou divórcio, em que após um certo período de tempo, o indivíduo faz o luto e resolve os sentimentos de solidão; e por fim, a solidão transitória, traduzida por períodos curtos de solidão. Sendo os indivíduos que sofrem desta solidão crónica apáticos, atribuindo a sua condição a causas internas e estáveis.

Neto (1992) distingue ainda dois tipos de solidão – solidão emocional e solidão social. O autor explica, que a solidão emocional é causada pela ausência ou perda de uma figura de vinculação íntima, só podendo ser remediada pela integração de outro vínculo emocional da mesma natureza, está relacionada com as relações amorosas e familiares. O apoio social dos amigos e familiares não consegue compensar o défice causado pela falta desta relação íntima. A solidão social é definida como a perceção de falha nas relações de amizade, nas relações sociais mais alargadas. No caso dos idosos inquiridos, a solidão social pode ser uma consequência (secundária) da solidão emocional, na medida em que a perda do cônjuge (solidão emocional) pode conduzir a perdas na rede social (solidão social). Neste sentido, quando um idoso perde o seu conjugue, o número de contactos e relações sociais diminuem pois perdem-se as amizades do cônjuge, enfraquecendo as redes sociais. Um estudo realizado com pessoas viúvas, permitiu ilustrar a diversidade e intensidade de sentimentos que acompanham a experiência da solidão. Tal como nos inquiridos que realizei, para os idosos viúvos, a solidão manifesta-se pelo desejo de estar com o marido/esposa, querer ser amado por alguém, tratar do outro, partilhar com ele o seu quotidiano, as suas experiências, a necessidade de ter uma companhia sempre presente em casa. A perda de um cônjuge revela-se, muitas vezes, como uma consequência e obstáculo

da incapacidade para fazer novas amizades.

O processo de envelhecimento é acompanhado por importantes perdas em diferentes domínios, que podem explicar o processo que conduz os idosos a fenómenos como a solidão. Começamos pelas dificuldades mais simples associadas ao envelhecimento, por exemplo, a perda de capacidades auditivas, as dificuldades visuais ou de locomoção, podem levar a que os idosos se isolem e que limitem o convívio, confinando o idoso somente à sua habitação. Com a mobilidade a ficar comprometida, o idoso vai perdendo a sua autonomia funcional e empobrecendo a sua rede social. Estas perdas podem, por isso, fazer com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo (Paul, 1997). Sendo assim, a frequência de contactos sociais pode-se reduzir consideravelmente, ficando o idoso a depender de outros para manter os contactos e as relações sociais. Os idosos doentes, com incapacidades físicas, têm vidas sociais mais pobres e menos satisfatórias. Estes aspetos conduzem naturalmente a um maior isolamento social e, muito provavelmente, a um aumento de sentimentos de solidão. Embora o isolamento não seja sinónimo de solidão, uma vez que os indivíduos podem ser felizes estando sós, o certo é que a solidão existe para aqueles que se sentem infelizes, estando sozinhos.

Como salienta Paúl (1997), a situação de solidão trata-se da inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio, ou seja, quando as redes sociais entre indivíduos não existem ou não funcionam, podem surgir situações de solidão. A mesma autora refere que a solidão ocorre em consequência da falta de alguma relação necessária e não devido ao facto de estar só. Paul reforça ainda que os fatores demográficos estão na base da solidão dos idosos, uma esperança de vida maior; maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos; esperança de vida das mulheres superior à dos homens; maior número de idosos a viver sem suporte familiar.

Pais (2006) considera que o trabalho e a família são dois eixos principais que estruturam e definem a existência humana. Deste modo, qualquer alteração que suceda nestes dois eixos é passível de desencadear o aparecimento de problemas quer de âmbito instrumental, quer emocional, levando à solidão. O que poderá estar em causa aqui é a oportunidade que a família e o trabalho proporcionam para o estabelecimento, manutenção e alargamento da rede social. Assim, quando surgem problemas numa destas áreas, como por exemplo a entrada na reforma, o indivíduo pode ver-se impossibilitado de manter a sua rede relacional, reduzindo, como consequência, o número de contactos. Verifica-se atualmente, que existe um elevado número de idosos a viverem sozinhos ou se têm alguém

com eles, estes só regressam a casa ao final do dia. Este facto, como pude presenciar junto de alguns idosos inquiridos, torna-os mais vulneráveis à solidão.

No mesmo sentido, Pais (2006) considera que, as reformas da vida ativa bem como as doenças em idade avançada originam verdadeiras retiradas da vida. A solidão nestes casos transforma-se numa “bolha” pessoal que não se dissipa facilmente.

3. SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

3.1. CONCEITO:

O Serviço de Apoio Domiciliário tem sido alvo de grande desenvolvimento nos últimos anos no nosso país. Em paralelo no contexto europeu esta tendência tem sido também acentuada (Emlet & Crabtree, 1996; Binstock & Cluff, 2000; Hutson, 2000). O SAD assenta em princípios comuns, e Thomé (2003) considera que o conceito de SAD não é totalmente claro. Trata-se de um serviço que consiste essencialmente na prestação de serviços de natureza social e de saúde, no domicílio da pessoa, a qual, face à sua situação de perda de autonomia funcional, necessita de ajuda externa, por um período de tempo que pode ser limitado, ou prestado de forma continuada (Kane, 1999; Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000; Rodríguez & Sánchez, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o SAD como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e do social, os quais são prestados ao utente no seu próprio domicílio. Esta coordenação dos serviços permite, em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo impedir a institucionalização do idoso.

Kane (1999) adota a definição de SAD como o serviço que engloba o cuidado de saúde ou a ajuda dirigida a pessoas que residem nas suas casas, requerendo essa mesma ajuda em face do seu estado funcional ou de saúde. Segundo o mesmo autor, o tipo de cuidados não se restringe apenas aos indivíduos que já apresentam algum tipo de incapacidade relevante, devendo sobretudo, constituir-se como estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não fiquem precocemente confinadas à sua casa, em virtude da degradação do seu estado funcional.

Na definição apresentada por Rodríguez & Sánchez (2000), este serviço apresenta-se como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, com incidência nos cuidados pessoais: desde a higiene à alimentação, cuidados da habitação e apoio psicossocial. Estes serviços destinam-se quer ao idoso, quer à sua família, promovendo a manutenção das relações do idoso com o seu meio envolvente.

Conceitos como os de promoção e reabilitação do estado de saúde evidenciam a importância que é atribuída ao bem-estar do utente, designadamente à sua independência em termos funcionais. A prestação de cuidados na fase terminal

também constitui atualmente uma realidade muito presente nos cuidados domiciliários, sobretudo quando as neoplasias e doenças cardiovasculares constituem as principais causas de mortalidade entre os mais idosos, o que determina cuidados especializados que os profissionais nesta área deverão ser capazes de prestar.

Nas definições apresentadas, verifica-se alguma diferenciação relativamente à orientação do serviço. As primeiras definições, associadas a países anglo-saxónicos, parecem aparentemente estar mais direcionadas para a intervenção ao nível da saúde, com incidência na reabilitação. A definição de Rodríguez & Sánchez (2000), associada a países como Espanha, Portugal e Grécia, valoriza a perspetiva onde a vertente do social tem um papel preponderante, em muitos casos, apenas o único, atendendo ao baixo nível de desenvolvimento quer dos serviços de saúde no domicílio dirigidos à população idosa, quer da reduzida articulação entre ambos. Nas definições referidas, que de um modo geral se aproximam dos objetivos do SAD, está implícito um conjunto de conceitos que importa analisar e que constituem, assim, a base da caracterização deste serviço, nomeadamente em termos de Agentes do Serviço de Apoio Domiciliário, Mecanismos de Intervenção, e Consequências e Impacto do SAD.

3.2. OBJETIVOS DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

De um modo geral, os programas de cuidados para a população idosa têm como objetivo principal manter o indivíduo no meio que escolheu, normalmente no seu meio habitual (Emlet & Crabtree, 1996; Nolan, 2001). O SAD implica diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte, tendo em vista a autonomia do indivíduo. Trata-se assim de um conceito holístico de cuidado que procura restaurar, manter e promover qualidade de vida ao seu beneficiário e à sua rede de suporte, através da prestação de serviços de saúde e sociais (Dane, 1990). Basicamente, os seus objetivos comportam duas dimensões, especificamente a esfera individual e a esfera social.

Os objetivos de natureza individual são direcionados para o próprio utente, procurando garantir o seu bem-estar. Manter o indivíduo em lugares que para ele são significativos, contribuindo para a manutenção das suas redes de relacionamento (família, amigos, vizinhos...). Os objetivos de natureza social (que a própria

sociedade determina), fundamentam-se no pressuposto de que os serviços prestados no domicílio sejam de tipo social ou de saúde, ou ambos, são mais eficazes do que os cuidados prestados no contexto institucional. Sendo um serviço que permite a redução da ocupação das camas hospitalares, torna-se, por isso, uma resposta mais benéfica em termos financeiros para o sistema de saúde e, em última análise, mais benéfica para a sociedade (Estes, 2000).

3.3. OBJETIVOS DO SAD: A RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DOS IDOSOS

Existe consenso, na literatura consultada (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000), de que a planificação e implementação do SAD deve ser fundamentada nas necessidades dos utentes. Estas necessidades, que podem ser de natureza diversa, física ou psicossocial, mudam permanentemente, assim como o contexto em que elas surgem. Mesmo que os utentes tenham condições ou diagnósticos semelhantes, os objetivos individuais podem assumir naturezas diversas. Contudo, o seu objetivo principal será sempre o de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários (Benjamin, 1999).

O conceito de qualidade, encarado como qualidade de vida, está normalmente associado ao grau de excelência. Segundo Benjamin (1999), este conceito deriva de um estado global de bem-estar, relacionado com as capacidades funcionais, ou de nível cognitivo, psicológico, social e económico. Para que se possa falar em qualidade de vida, sendo que esta pode apresentar-se em níveis altos ou baixos, importa atentar na dimensão subjetiva do conceito. Wade (1998), refere que, para medir ou definir qualidade de vida, se deve ter em conta a cultura, as expectativas, as crenças e os próprios desejos do indivíduo. Também na perspetiva do autor, o conceito de qualidade de vida deriva de uma interação entre determinantes objetivas e subjetivas. O estado funcional, o bem-estar, ou a satisfação com a vida são determinados por fatores exógenos e da sua própria vida, conjugados com a perceção que o indivíduo tem desses factos e de si próprio. Em suma, trata-se de um conceito envolto numa imensa carga subjetiva, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Nesta perspetiva, os objetivos individuais, isto é, aquilo que o indivíduo define como prioridade e considera

importante para o seu bem-estar, vai ser essencial na determinação do tipo de serviço a prestar pelo SAD.

Tendo por base a literatura consultada, o SAD procura corresponder a um conjunto de objetivos de natureza individual, dos quais se destaca:

- ✓ Melhorar ou manter a saúde. Pretende-se, com a prestação do SAD, a prevenção da doença, fazendo o seu diagnóstico em tempo oportuno, proporcionando tratamento que cure a doença, retirando a dor, ou aliviando os sintomas. Deverá permitir também a reabilitação das condições físicas, para restaurar o mais possível as capacidades funcionais (Cox & Ory, 2000). A possibilidade do idoso ser “monitorizado”, permite aos cuidadores a identificação de problemas e a intervenção necessária de modo a prevenir consequências mais graves para o idoso (Kane, 1999). De um modo geral, pode afirmar-se que o SAD como que educa os idosos e os seus cuidadores, induzindo uma atuação preventiva, alertando para problemas de saúde, antes que estes possam atingir outra dimensão (Benjamin, 1999);
- ✓ Promover conforto e desaparecimento da dor. A dor e o desconforto constituem indicadores do estado de saúde do indivíduo. Este objetivo ganha especial importância quando se trata de idosos com doenças terminais, que beneficiam de cuidados paliativos. Torna-se evidente que o controle destes sintomas constitui, nestes casos, o objetivo principal para os utentes, mas também para os seus cuidadores (Kane 1999);
- ✓ Melhorar ou reduzir a deterioração das capacidades funcionais. Constitui outro objetivo do SAD a colaboração na recuperação das capacidades do indivíduo em se auto-cuidar, bem como na recuperação de outras capacidades (Cox & Ory, 2000). Uma atitude de reabilitação é pertinente sobretudo nas pessoas que terminam um período de internamento hospitalar ou que recuperam de um período de doença. É necessário dar especial atenção às dificuldades visuais, de locomoção, de medicação em curso, e às condições ambientais, já que todos estes fatores conjugados influenciam as capacidades funcionais do idoso, necessitando este da intervenção de profissionais da área. Melhorar ou manter as capacidades funcionais requer, também, uma atitude por parte dos

profissionais de encorajamento ao utente para que ele realize tarefas dele e para ele, dentro dos seus desejos e das suas possibilidades. Esta atitude de encorajamento aplica-se também aos doentes com pouca esperança de vida, no sentido de que mantenham algum sentido de vida nesta fase (Kane 1999). Em suma, é possível e aconselhável maximizar as capacidades funcionais do idoso, pois existem áreas em que este deve ser capaz de desempenhar algumas tarefas. Assim, são várias as formas de melhorar a autoconfiança, seja aumentando a capacidade de desempenho, seja providenciando tecnologias de apoio/assistência humana e alteração ambiental como a minimização de barreiras (Benjamin, 1999);

- ✓ Melhorar a capacidade de cuidar de si próprio (autocuidado). O SAD pretende que o indivíduo saiba lidar com as suas próprias incapacidades. Mais do que ficar a depender permanentemente de terceiros, deverá ser desenvolvido trabalho que promova ensinamentos de modo a que o indivíduo possa ser autossuficiente, sempre que possível (Kane, 1999);
- ✓ Melhorar o “bem-estar psicológico”. Estados depressivos e de ansiedade podem surgir entre os idosos, originados muitas vezes pelos motivos que justificaram o recurso ao serviço, designadamente a presença de doença e/ou ausência de rede social/apoio social. A prestação do SAD, por si só, pode contribuir para a redução desses sintomas de depressão ou ansiedade, atendendo às novas relações que são, então, estabelecidas. Contudo, a prestação do serviço pode, por seu lado, exacerbar estados emocionais, nomeadamente através de comportamentos menos adequados dos profissionais, como seja infantilizar o próprio idoso. Como tal, é fundamental que os profissionais envolvidos estejam atentos ao estado psicológico dos utentes e que contribuam efetivamente para o bem-estar dos mesmos (Kane, 1999);
- ✓ Melhorar o “bem-estar social”. Este conceito pode ser dividido em envolvimento social, entendido como atividades sociais, e relações sociais, seja com a família e com os amigos. Tal como o bem-estar psicológico, também o

bem-estar social é encarado como um dos objetivos do SAD. Deste modo, este serviço deve disponibilizar meios, ao nível da assistência funcional, que permitam que o indivíduo participe em atividades do seu interesse, e com indivíduos à sua escolha. Pretende-se que os indivíduos socialmente isolados sejam integrados em programas comunitários, que potenciem contactos e a criação de laços sociais. Pretende-se que o indivíduo que usufrui do SAD, não se limite a passar os seus dias, limitado à sua casa. Segundo Nolan (2001), é fundamental que, esta procura de dar sentido à vida, esteja associada com a participação e manutenção das relações pessoais, de acordo com os desejos do indivíduo;

- ✓ Dar sentido à vida. É frequente encontrar utentes do SAD que, por razões associadas ao seu estado de saúde, em muitos casos totalmente dependentes, consideram que as suas vidas já não fazem sentido, desenvolvendo sentimentos de auto-vitimização. Nestes casos, é importante que cada utente encontre um sentido para a sua vida, cabendo aos serviços reforçar e colaborar na solidificação desse sentimento (Kane, 1999). Sobre este assunto é pertinente que a pessoa idosa não se sinta como um elemento passivo, mas deve ser responsável pelo processo do seu envelhecimento, tal como fez ao longo da sua vida. A este propósito, Nolan (2001) referem a importância da atitude positiva que deve ser estabelecida com o idoso, bem como da capacidade que os profissionais devem possuir para serem capazes de tratar o idoso com respeito, nunca deixando de o ouvir. O SAD enquanto resposta social, deve abranger este lado da vida dos indivíduos, muito mais que um serviço que responde a necessidades básicas (alimentação e higiene). No contacto com os beneficiários, os responsáveis pelo SAD devem apostar e contribuir para que estes indivíduos possuam uma vida social, que apesar das suas limitações os ajudem a serem mais felizes.
- ✓ Maximizar a independência e autonomia do idoso. Indivíduos com limitações físicas graves podem continuar a dirigir a sua própria vida, determinando, inclusivamente, aquilo que pretendem que os cuidadores realizem (Emlet *et al.*, 1996). Neste contexto, os programas de SAD deverão contribuir para uma

mudança de atitude dos utentes, de modo a que os mesmos façam as suas próprias escolhas e refiram as suas preferências. O alcance da independência é uma consequência da maximização das capacidades funcionais. Contudo, a independência não implica somente a não-institucionalização, mas requer também uma mudança de atitude por parte do indivíduo, de modo a que, ainda que dependente de assistência técnica ou humana, possa ao mesmo tempo, ser autónomo, ou seja, capaz de formar a sua vontade e opinião, efetuando escolhas de acordo com as suas preferências. Estes serviços devem, assim, promover assistência funcional, em simultâneo com uma aprendizagem ativa, treino de capacidades e facilitação de oportunidades para uma maior participação na comunidade. O mote é viver uma vida completa e produtiva (Benjamin, 1999).

- ✓ Permitir que o idoso permaneça na sua casa. Se a generalidade dos idosos considera a sua casa como o local onde preferem manter-se, esta evidência pode traduzir-se numa mais-valia de grande peso para este serviço. Trata-se efetivamente de uma resposta que permite a concretização deste objetivo, ao mesmo tempo esta é talvez a maior vantagem do SAD face à institucionalização. (Benjamin, 1999). No entanto ressalva-se, uma vez mais que o domicílio não deverá ser apenas o único espaço onde o utente desenvolva a sua vida. Se as suas capacidades funcionais e cognitivas assim o permitirem, o contato com o exterior e a participação ativa na comunidade, devem ser dimensões que o SAD deve potenciar.

3.4. OBJETIVOS DE NATUREZA SOCIAL

Os problemas da população idosa e isolada devem constituir-se numa das bases de funcionamento do SAD, assumindo claramente que estes problemas variam em função da região e da comunidade em causa. A planificação da resposta SAD deve estar de acordo com a caracterização da zona de intervenção, descrevendo a situação sociodemográfica, fazendo o levantamento das necessidades e recursos da comunidade. Segundo Sampaio (1999), o SAD deve promover uma rede de cuidados apropriada, eficiente e de qualidade.

Os objetivos de natureza social do SAD podem dirigir-se quer ao sistema social, quer às famílias que têm idosos a cargo.

Alguns objetivos de natureza social identificados na literatura são os de:

- ✓ Permitir o acesso ao SAD, a um maior número de idosos que apresenta necessidades. Atendendo ao progressivo crescimento do número de utentes que necessitem de ser atendidos através deste programa, pretende-se que a cobertura das áreas geográficas alargue o serviço a todos os locais e assim possa reduzir ou mesmo eliminar eventuais listas de espera (Kane, 1999). Num território como o que foi objeto deste estudo, o SAD assume toda a pertinência, uma vez que os lares do concelho não tem capacidade para dar resposta a todas as solicitações. No caso das três freguesias em estudo, não existe este tipo de serviço, apesar do elevado número de idosos;
- ✓ Dar prioridade aos que apresentam maiores necessidades. É fundamental, contudo, avaliar as necessidades de forma correta, uma vez que se pode correr o risco de poder estar a subestimar necessidades e, consequentemente, não apoiar os idosos da forma mais adequada. Todavia, parece existir consenso, quanto ao facto da incapacidade de execução das AVD e alterações cognitivas constituírem standards na determinação do tipo de população elegível. No inquérito realizado junto da população, este foi um dos fatores analisados. Segundo Benjamin, (1999), a seleção dos idosos mais necessitados pode ser baseada em, (i) globalidade das necessidades; (ii) necessidades não cobertas; (iii) necessidades económicas; (iv) avaliação do risco e consequências no caso dos serviços não serem prestados;

- ✓ Proporcionar serviços abrangentes. Os serviços disponibilizados deverão ser capazes de adequar as suas respostas às reais necessidades dos utentes que apoiam. Para tal, devem ser utilizadas escalas estandardizadas que permitam avaliar o idoso de um modo global, para que seja possível definir quais os tipos e extensão dos serviços a criar (Benjamin, 1999). A realização de um diagnóstico social aprofundado, poderá ser um fio condutor da atuação que se pretende elaborar;
- ✓ Permitir que os serviços cubram toda a população. Inicialmente, o SAD destinava-se apenas a pessoas que apresentavam incapacidade funcional, normalmente idosas. Verificou-se, contudo, alguma mudança, no sentido de integrar, como beneficiários deste serviço, todo o tipo de incapacidades, físicas ou cognitivas, que justifiquem uma supervisão contínua a indivíduos de todas as idades (Benjamin, 1999);
- ✓ Garantir a qualidade dos serviços. Segundo Benjamin (1999) assegurar esta qualidade não é tarefa fácil, tendo em conta que se trata de um serviço que não tem uma supervisão direta por parte dos seus coordenadores, excetuando a própria monitorização da opinião dos beneficiários dos serviços. A qualidade dos serviços de SAD parece estar intimamente ligada aos recursos humanos a eles associados. Benjamin, (1999) referem que o sucesso do SAD depende largamente dos prestadores de serviços. Deste modo, talvez a aposta seja numa formação específica e no acompanhamento dos profissionais que irão lidar diretamente com o utente, estes podem ser caminhos a seguir;
- ✓ Integrar e coordenar os serviços. A integração é entendida como a junção das diversas componentes do serviço. A coordenação refere-se à disposição e ajustes das mesmas componentes, de forma a corresponder às necessidades dos beneficiários. Vem a este propósito a integração e coordenação necessárias entre os serviços formais e informais, o social e a saúde, bem como os cuidados em situações agudas e os cuidados continuados (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000);
- ✓ Fortalecer os sistemas informais de cuidados. Há que avaliar, devidamente as

consequências provocadas no cuidador pela prestação dos cuidados. De um modo geral, as leis dos diversos países não valorizam devidamente este trabalho, pelo que são bem conhecidos os efeitos nos cuidadores. O esforço deverá ser no sentido de fortalecer exatamente estes cuidadores informais (Benjamin, 1999; Cox & Ory, 2000). Os objetivos para o futuro devem incluir as pessoas que providenciam a maior parte dos cuidados de saúde e que são, afinal, as famílias, bem como o local onde esse cuidado é prestado, e que é a casa. O apoio às famílias pode variar consoante as suas necessidades. Algumas podem querer apenas uma boa noite de sono. Outras desejarão apenas uma boa comunicação com os profissionais, que poderá passar apenas pela possibilidade de ter alguém a quem possam telefonar para obter respostas às suas dúvidas. Apesar do presente estudo apontar para a ausência de redes de suporte no que respeita aos familiares dos idosos, existem outras situações em que os familiares estão presentes. Quando assim se verifica, denota-se que estes cuidadores não possuem qualquer apoio, revelando um certo desgaste físico e emocional. A meu ver, apesar de se dialogar no sentido de apoiar os cuidadores informais e da importância desse apoio, penso que na realidade esta ajuda nem sempre se concretiza. No entanto, ao criarmos uma resposta social como o SAD e no caso de existirem familiares, este objetivo deverá cumprido.

3.5. BENEFICIÁRIOS

As razões subjacentes aos pedidos do SAD são diversas e multifatoriais. Trata-se de um serviço dirigido, de um modo geral, a todas as pessoas que, por razões diversas, perderam parte ou a totalidade da sua autonomia, tendo como objetivo principal, promover a sua recuperação e consequente autonomia pessoal, contribuindo para um aumento da sua qualidade de vida (Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory 2000). Apesar do SAD estar normalmente associado a pessoas idosas, fragilizadas e dependentes, a tendência atual é a de alargar o conceito a todas as idades e a diagnósticos diferenciados (Cox & Ory, 2000). Importa a este propósito, caracterizar, ainda que de forma sumária, o conceito de dependência. No sentido de criar consenso em torno duma ideia, e segundo o Libro Blanco de la Dependencia “Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España”, o Conselho da Europa aprovou, em Setembro de 1988, a

Recomendação Nº 98 (9), cujo teor define dependência como um “estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência a fim de realizar as atividades de vida diária.” A dependência é considerada como um défice do funcionamento corporal originado por doença, acidente ou decorrente do próprio processo de envelhecimento. Este défice pode ser compensado pela adaptação do meio envolvente (exemplo da utilização de ajudas técnicas); noutros casos, esta dependência só é minimizada com a intervenção de terceiros na realização das AVD.

O SAD surge, neste contexto, com o objetivo de responder a necessidades de natureza diversa, seja em termos de colaboração, seja de substituição quer do indivíduo, quer da sua família. As motivações associadas com os pedidos de SAD prendem-se, normalmente, com situações agudas, associadas à alteração repentina do estado de saúde dos indivíduos. Muitos dos pedidos surgem no período de pós internamento hospitalar. Segundo Binstock & Cluff (2000), são normalmente patologias como AVC, pneumonias, doenças pulmonares obstrutivas crónicas, fraturas do fémur e problemas cardio/respiratórios que originam a maior parte dos pedidos de SAD. Noutros casos, o pedido de SAD associa-se a pessoas idosas, que naturalmente vão perdendo algumas capacidades funcionais associadas ao envelhecimento, necessitando de apoio na realização de diversas tarefas, cujo objetivo não é necessariamente a reabilitação, mas a manutenção da qualidade de vida (Revilla & Almendro, 2003).

Por sua vez, os avanços da medicina e das tecnologias associadas facilitam o tratamento no domicílio. Atualmente, muitas das tecnologias sofisticadas, que há cerca de 20 anos atrás apenas disponíveis em unidades hospitalares (terapias através de ventiladores, alimentação parenteral, medicação intravenosa, entre outras), permitem que muitos doentes (alguns com doenças crónicas) possam efetuar tratamento em casa, continuando assim a beneficiar de cuidados de saúde especializados, evitando internamentos hospitalares (Cuff & Brennan, 2000).

Segundo os autores, foram vários os estudos que pretendiam analisar os fatores determinantes para a utilização do SAD. Os resultados indicam que (i) o fator idade parece ser preponderante para a utilização do serviço; (ii) relativamente à variável sexo, as mulheres parecem ser maiores utilizadoras que os homens; (iii) o fator raça parece não ter qualquer influência a este nível; (iv) relativamente ao fator económico, este parece exercer alguma influência no recurso ao serviço SAD. As dificuldades

económicas, foram inclusive o principal motivo apontado pelos inquiridos deste estudo, quando questionados sobre o pagamento do serviço. Contudo, importa salientar que o estado funcional do indivíduo constitui o fator mais determinante na utilização deste serviço (Binstock & Cluff, 2000; Cox & Ory, 2000).

A procura do SAD atualmente é influenciada pelas necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, pelas mudanças progressivas na constituição das famílias, pela epidemiologia, e pela participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Será portanto natural, que a procura deste serviço tenha atingido um nível de crescimento bastante acentuado (Hutson, 2000).

3.6. O SAD E O DOMICÍLIO DOS IDOSOS

O domicílio constitui-se como o espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como o marco diferencial das outras respostas sociais para a população idosa. Recentemente, o princípio da manutenção do idoso no seu domicílio, fator que distingue o SAD das restantes respostas sociais, privilegia o envelhecimento em casa, conhecido na literatura estrangeira como *ageing in place* tem ganho relevância especial na área da gerontologia. Frases como “prefiro morrer, a ter que ir para um lar” são ainda hoje muito comuns entre a população mais idosa.

Stone (2001) salienta que os lares de idosos, normalmente, evocam imagens de abandono e de fragilidades familiares, contrariamente ao SAD, que proporciona e facilita a independência e a integração sociais, muitas vezes dificultada nesta faixa etária. Ao conceito de casa e domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e até de poder, já que é aí que se encontram as representações do quotidiano dos idosos, os marcos da sua existência, de dor, conflito, felicidade, o que se diluirá certamente numa vivência em grupo.

Manter-se no seu domicílio deveria mesmo constituir-se como um direito, devendo ser possibilitado a toda o indivíduo idoso que o desejasse, ainda que apresentasse um quadro de dependência significativo. Dar a possibilidade aos mais velhos de envelhecer no lugar onde querem, e da maneira que preferem, é imperioso.

Os idosos ganham familiaridade com o seu ambiente através de rotinas estabelecidas ao longo de anos que, apesar do eventual desgaste que se possa verificar

no imóvel, não parece afetá-los. Aliás, segundo Emlet & Crabtree (1996) é normal os idosos adaptarem os espaços da casa que consideram centrais às suas limitações físicas, deixando de utilizar todos os restantes espaços disponíveis.

O próprio espaço externo à habitação é igualmente importante, designadamente a igreja, o comércio local e o jardim, atendendo a que muitas vezes, são estas as referências que permitem ao idoso manter-se orientado no tempo e no espaço, através, por exemplo, do toque do sino da igreja, dos ruídos dos vizinhos, fatores que contribuem de forma evidente para a continuidade dos seus ritmos vitais, mantendo assim o seu equilíbrio e qualidade de vida. São este tipo de referências que o indivíduo idoso não consegue transportar consigo para uma instituição, independentemente do seu funcionamento e por muito respeito que esta demonstre ter pelos seus usos e costumes (Bernardo, 1996). Associada ainda a esta ideia de casa, de domicílio, encontra-se a convicção entre a população idosa, e talvez não só, de que se verifica uma maior responsabilização e acompanhamento das famílias, se o idoso se mantiver no seu domicílio. A prestação do SAD pretende assim, que a pessoa idosa possa continuar a viver na sua casa o mais tempo possível, em condições de conforto e dignidade aceitáveis. Importa contudo referir que, muitas vezes, esta permanência no domicílio está condicionada e dificultada pelas condições ambientais da própria habitação. Em países como o nosso, onde a política habitacional, sem grande tradição, permite que muitos idosos vivam em condições habitacionais muito precárias, a prestação do SAD é, em muitos casos, seriamente dificultada.

Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade, isto é, “na sua casa cada um é Rei”; o utente é quem decide quando, onde e como é que quer que o tratem. Tal como refere Pastor-Sánchez (2003), na sua casa o utente faz o que quer, e os profissionais, aquilo que os deixam fazer. O próprio contexto habitacional por si só também influencia o processo de cuidar. Atender a um idoso só, e nalguns casos “abandonado” pelos seus familiares, não será também a mesma coisa que cuidar de outro protegido pela sua família ou cuidador principal. Esta diversidade de contextos onde se presta o cuidado exige aos profissionais procedimentos adequados à realidade que encontram na prestação dos serviços (Pastor-Sánchez, 2003).

No inquérito realizado aos indivíduos envolvidos neste estudo, existem questões

onde se tenta perceber quais as expectativas dos idosos relativamente ao SAD. De acordo com o contexto em que vivem, as respostas foram variadas. De uma maneira geral, os idosos esperam que este serviço lhes possibilite ter a companhia de terceiros para os acompanhar sempre que necessário. Facto este, que demonstra a ausência de apoio e proteção destes indivíduos, que desejam possuir alguém nas suas vidas que os auxiliem e lhes faça companhia.

3.7. MODELOS DE GESTÃO DO SAD E TIPOLOGIA DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

O acompanhamento dos casos de SAD pode ser sustentado na base de dois modelos: multidisciplinares ou gestão de casos. Com maior tradição nos países Anglo-Saxónicos, o modelo interdisciplinar apresenta a figura do Case Manager, como preponderante. É nele que está centrado todo o processo de acompanhamento do idoso (Hérbert et al., 2003), e independentemente da instituição de acompanhamento, é a figura do Gestor de Casos que faz a gestão integrada do utente. O modelo multidisciplinar pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar, a qual constitui a base de toda a organização do trabalho, tendo como objetivo principal a criação de uma resposta ideal de atenção ao idoso. É nos princípios deste modelo que se baseia maioritariamente a intervenção dos profissionais portugueses.

A atuação dos diferentes profissionais, interagindo nas áreas comuns sem que interfiram nas áreas específicas, deve possibilitar ao idoso uma condição de saúde ideal, entendida segundo a OMS como bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença. Nalguns países ocidentais, designadamente nos EUA e em países Europeus (sobretudo escandinavos), esta equipa do SAD é constituída por profissionais de áreas diferenciadas. Normalmente inclui médico e enfermeira, que são dois elementos chave na constituição da equipa. Consoante as necessidades do utente, outros profissionais podem ser envolvidos, designadamente, médico geriatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicólogo, entre outros. Quanto ao pessoal não técnico, incluem-se normalmente as ajudantes familiares domiciliárias.

O êxito do funcionamento do SAD depende, em grande medida, da clara comunicação e coordenação na e da equipa, no sentido de prestar um serviço que

corresponda à resolução dos problemas do idoso e das famílias, os quais são, normalmente, além de complexos, também multidimensionais. Provavelmente o elemento mais importante na criação de uma equipa realmente efetiva é a compreensão e interiorização do papel de cada um dentro da própria equipa. A especificidade desta equipa implica a reunião de um conjunto de características. Entre elas salientam-se: (i) flexibilidade e criatividade para utilizar o conhecimento e a tecnologia de forma adequada a cada utente; (ii) capacidade para trabalhar independentemente, sem no entanto deixar de reconhecer os seus limites, procurando conselhos quando necessário; (iii) capacidade para avaliar todas as dimensões de uma determinada situação e comunicá-lo, de forma clara e concisa, a toda a equipa, seja oralmente seja por escrito; (iv) respeito e zelo pela habitação do utente, independentemente das suas condições; (v) capacidade de estabelecer empatia com os utentes e famílias, no sentido de definir objetivos em comum; (vi) capacidade de criar motivação nos utentes, favorecendo atitudes positivas e promovendo a independência e cumplicidade no plano dos cuidados.

Os profissionais afetos ao SAD também deverão orientar a sua conduta sob um determinado conjunto de parâmetros, de modo a que a sua atuação resulte numa resposta articulada e efetiva. Entre os parâmetros destacam-se, segundo Anderson (2001), (i) a confidencialidade de toda a informação relativa ao utente; (ii) a documentação de toda a intervenção; (iii) a procura de apoio caso existam dúvidas relativas ao tratamento; (iv) a participação constante nas reuniões da equipa; (v) a cooperação e coordenação entre todos os elementos da equipa; (vi) a consideração do utente como elemento interveniente na definição de objetivos, planificação e execução do plano de cuidados; (vii) a participação frequente em formação contínua. A constituição das equipas de SAD está claramente dependente das finalidades e dos serviços prestados.

Precedido pelos cuidadores informais, o grupo das ajudantes familiares domiciliárias constitui a base do trabalho do SAD. Trata-se de um cuidado que se reveste duma natureza íntima e pessoal, onde estes profissionais se constituem nos “olhos e ouvidos” do sistema de cuidados aos idosos (Stone, 2001). Muitos destes profissionais, normalmente pouco qualificados, são mal pagos e, na generalidade, não possuem formação adequada às funções desempenhadas. De facto, tal como já foi referido, esta é uma questão na qual se deveria apostar. Prevê-se que estes profissionais recebam instrução, no sentido de saberem atuar no terreno, estando preparados para

lidarem com os indivíduos e seus problemas. No entanto apesar desta ser a situação que se prevê que aconteça, não se encontra efetivamente implementada. Aquilo que nos apercebemos nos contextos onde o SAD se encontra em atuação, é que nem sempre estes profissionais possuem qualificações e formação específica, de modo a saberem lidar com os seus beneficiários. O futuro do SAD depende, em larga medida, do desenvolvimento e da qualidade da mão-de-obra que continua a ser envolvida (Duarte & Diogo, 2001). Já que a população mais envelhecida prefere “envelhecer em casa” (Emlet & Crabtree, 1996), há que dotar os profissionais envolvidos da qualificação necessária ao trabalho que desenvolvem. Políticos, prestadores e beneficiários do SAD, devem reconhecer esta área como fundamental ao seu desenvolvimento. É imperioso investir no treino e formação contínua, de forma a garantir e acentuar a qualidade dos serviços dos cuidadores (Stone, 2001).

Neste contexto, considera-se que, independentemente da formação base dos profissionais afetos aos serviços de SAD, esta resposta social não é compatível com comportamentos amadores ou apenas com boas vontades. Prestadores, agentes e responsáveis por estes serviços devem estar sensibilizados para a natureza dos cuidados, bem como para a sua especificidade, garantindo um serviço de qualidade (Sampaio, 1999).

3.8. PRINCÍPIO DA PREVENÇÃO/REABILITAÇÃO E PROMOÇÃO DA AUTONOMIA

A junção de objetivos como a prevenção, reabilitação e promoção da autonomia constitui outro dos princípios desta resposta social. É investindo num esforço acentuado na prevenção da perda de autonomia, sensibilizando e motivando quer o utente quer a sua família para hábitos de vida saudáveis, prevenindo riscos e disponibilizando meios, designadamente ajudas técnicas, e permitindo que a pessoa idosa permaneça no domicílio, que se previne, em muitos casos, situações de morbidez. É ainda desenvolvendo trabalho ao nível das relações interpessoais, reforçando os laços familiares e sociais (Otero & Zunzunegui, 2001), que se podem evitar situações menos favoráveis para os envolvidos.

Ao nível da reabilitação, está subjacente toda a recuperação das funções eventualmente perdidas, seja ao nível das atividades de vida diária (como o vestir,

lavar, alimentar-se, andar, etc.), seja ao nível das relações com o meio envolvente, de forma que o utente possa retomar algumas das funções sociais anteriormente desempenhadas.

A promoção da autonomia valoriza a capacidade do idoso em controlar o desenvolvimento da sua própria vida. Rodríguez & Sánchez afirmam que uma pessoa é autónoma “quando decide e conduz a sua vida por si mesma, que é o mesmo que afirmar que se goza de autonomia quando se atua em liberdade” (Rodríguez & Sánchez, 2000).

Assim sendo, o SAD deve implicar o idoso nas tomadas de decisão, designadamente na elaboração do Plano de Cuidados (PC). Deste modo, o idoso deve ser ouvido, no sentido de apurar as suas necessidades e aspirações, bem como as suas opiniões e desejos. Mas, sobretudo, o idoso deve ser “ouvido” na avaliação que faz acerca da execução do PC, para se saber se corresponde às suas necessidades e expectativas.

O conceito de SAD deve então compreender um conjunto de acções que, por um lado, previnam o declínio das capacidades funcionais dos idosos de forma a manter a sua independência e, por outro, prestem apoio ao nível de cuidados continuados, ou até mesmo paliativos, aos idosos que apresentam doenças graves, promovendo a sua qualidade de vida, permitindo-lhes, através do serviço, apoio diversificado, de modo a que possam manter-se e morrer nas suas casas.

Baker *et al.* (2001) referem, contudo, ser comum registar-se casos de discrepância entre os objetivos definidos e a sua concretização, dificultando e retardando os processos de recuperação. Por exemplo, num plano de cuidados que vise promover a reabilitação física com a intervenção do fisioterapeuta, o ajudante familiar e os próprios cuidadores informais devem ser orientados no sentido de trabalhar a melhoria das competências do idoso. No entanto, o que por vezes acontece e se verifica é uma forte tendência do cuidador substituir o idoso na realização das tarefas. Segundo os autores atrás referidos, há que estabelecer um sistema eficiente de comunicação entre os profissionais, de modo a que os objetivos estejam claramente definidos para todos os envolvidos no processo de cuidar.

3.9. PROGRAMA INDIVIDUALIZADO

O princípio de um Programa Individualizado pressupõe que se trata de um serviço flexível e adaptável às reais necessidades da pessoa a quem se dirige. Não se apresenta como uma resposta *standard*, nem homogênea, mas constituiu-se num serviço que, planificado individualmente, determina qual o tipo de resposta a oferecer à pessoa e à sua rede de suporte social, em função de todo um quadro avaliado antecipadamente à prestação do cuidado (Emlet *et al.*, 1996; Rodríguez & Sánchez, 2000). A prestação do SAD assenta, fundamentalmente, na oferta de serviços de natureza diferenciada e humanizada, designadamente serviços de saúde, atenção pessoal, doméstica, apoio psicossocial e familiar, e relação com o meio envolvente da pessoa assistida. Os serviços de saúde constituem, nalguns países, a base dos serviços de SAD (Emlet *et al.*, 1996). O apoio pessoal centra-se essencialmente em tarefas como o apoio na higiene pessoal, mobilizações, orientação espaço/temporal, companhia, escuta ativa, etc. Na atenção doméstica, incluem-se todas as tarefas relacionadas com a habitação e alimentação, designadamente limpeza da casa, tratamento de roupas, confeção dos alimentos, apesar de, na perspetiva de Rodríguez & Sánchez (2000), este tipo de tarefas deverem ser menos valorizadas pelo SAD, uma vez que poderão ser realizadas por outros elementos, nomeadamente empresas do ramo, que não pessoal especializado em serviços sociais. Em termos gerais, o apoio psicossocial consiste na escuta ativa do idoso, de forma a mantê-lo ativo, fomentando a sua autoestima. No que se refere ao apoio familiar, está subjacente à resposta SAD o princípio da colaboração com a família, mais que o da sua substituição. Pretende-se com este tipo de resposta social, para além da colaboração na prestação dos cuidados diversos, favorecer as relações familiares, aumentando a sua coesão. Pretende-se sobretudo aliviar a família na tarefa de cuidar.

Dentro da programação do SAD são muitas as experiências em que, paralelamente aos cuidados diretos ao idoso, está previsto um conjunto de sessões de informação, formação, partilha de experiências, dirigidas aos cuidadores principais (Rodríguez & Sánchez, 2000).

A relação com o meio envolvente do idoso, constitui também uma premissa importante na intervenção do SAD. Deverá ser facilitado e mesmo estimulado o contacto e intervenção nas suas redes sociais de suporte, bem como nos recursos sociais e comunitários existentes na área de residência do mesmo (Nolan *et al.*, 2001).

Assim, a programação e desenvolvimento do SAD orientam-se segundo quatro fases:

- (i) Diagnóstico ou fase inicial, que inclui a deteção de necessidades e conhecimento dos recursos existentes;
- (ii) Planificação, fase na qual é programada toda a intervenção, procedendo-se à definição dos objetivos da intervenção, dos recursos humanos e materiais necessários, e calendarização dessa mesma intervenção. Em termos gerais, nesta fase, responde-se à seguinte pergunta – “Que vamos fazer para resolver este problema?”;
- (iii) Execução do programa de intervenção ou plano terapêutico, que assenta sobretudo na aplicação e desenvolvimento do programa de atividades, elaborado para resolver o problema diagnosticado;
- (iv) Avaliação de todo o processo, onde se questiona se os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, iniciando-se um novo programa de intervenção, num processo que deverá ser de reavaliação contínua (Rodríguez & Sánchez, 2000).

O SAD apresenta-se assim como um serviço comunitário que prevê uma abordagem global do utente, de modo a prestar um apoio adequado às suas necessidades efetivas.

3.10. TAXAS DE COBERTURA DE UTILIZAÇÃO DO SAD

É no início da década de 70 que em Portugal surgem as primeiras preocupações com o envelhecimento, e se começa a falar na necessidade de uma política para a velhice. A então Direção Geral da Assistência realiza um estudo em 1969/70, através do qual é dada visibilidade ao grupo dos idosos, alertando para as precárias condições de vida, da sua grande maioria, já que um sistema de base universal de segurança social está ainda longe de ser implementado (Quaresma, 1999).

As transformações sociopolíticas decorrentes da revolução de Abril de 74 vão resultar na garantia dos direitos sociais das pessoas mais idosas do nosso país. A partir de meados da década de 70, surgem respostas sociais diversificadas dirigidas a esta faixa etária. Destacam-se entre essas respostas, o aparecimento e expansão dos Centros de Dia, que sustentam como objetivo principal a satisfação de necessidades básicas dos

idosos, permitindo a manutenção do idoso na sua comunidade. Não obstante é, no entanto, nas duas últimas décadas que se tem assistido, no nosso país, a um crescimento gradual de diversos tipos de respostas sociais para os idosos. Trata-se de respostas desenvolvidas quase exclusivamente pelo sector não lucrativo, designadamente por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com implantação local.

As primeiras experiências de SAD no nosso país datam do início da década de 70. Trata-se, na maioria dos casos, de ajuda doméstica, desenvolvida por serviços ligados a projetos de voluntariado. No entanto, o tempo necessário para se verificar a expansão do SAD leva cerca de uma década. Durante o seu início, este serviço esteve geralmente ligado aos Centros de Dia, e os seus utentes eram os seus frequentadores. Os Centros de Dia, como projeto inovador na altura da sua aparição, tiveram a sua importância, na medida em que responderam a muitas das necessidades das pessoas mais idosas. Contudo, a sua própria filosofia e organização não lhes permitia intervenção significativa noutras áreas, tais como a articulação com a saúde, ou a intervenção ao nível das habitações. Devido à limitação da sua capacidade de intervenção, o recurso à institucionalização acabava por constituir, muitas vezes, a resposta possível às necessidades apresentadas pelas pessoas idosas.

Na década de 90 assiste-se à verdadeira expansão do SAD, nos moldes hoje conhecidos. De qualquer modo, o fenómeno de desenvolvimento das respostas sociais para a população idosa não se deu só em Portugal. Este generalizou-se na maioria dos países desenvolvidos e que se debatem com o mesmo fenómeno do envelhecimento populacional. Nas últimas décadas assistiu-se a um crescimento considerável do SAD nos Estados Unidos, justificado pelo envelhecimento da população e avanço tecnológico, o qual permite prestar apoio médico sofisticado na casa do doente. Também na Suécia a situação é semelhante. Entre 1980 e 1999, o número de ocupação das camas hospitalares desceu em cerca de 70% (Thomé *et al.*, 2003).

Contudo os cuidados domiciliários, desenvolvidos na Europa, revelam níveis de desenvolvimento diferenciados. Coexistem países que dispõem de serviços bastante desenvolvidos em termos de qualidade e cobertura, designadamente países como a Suécia, Dinamarca, Finlândia, que disponibilizam serviços de enfermagem, colaboração de ajudantes familiares, refeições e serviços sociais, cobrindo as 24 horas do dia e que são coordenados pelas autoridades locais, com financiamento público. Países, como a Alemanha, Áustria, Itália, caracterizam-se como estando parcialmente desenvolvidos ou

num estado de expansão; as características referidas anteriormente não estão completamente salvaguardadas, isto é, não se verifica uma cobertura nacional, sendo que alguns dos serviços estão entregues ao sector privado.

No caso português, as primeiras práticas do SAD surgiram no início dos anos 70 e caracterizavam-se essencialmente por um apoio doméstico e de ajuda. Durante muito tempo, no nosso país a intervenção apresentava um caráter assistencial, em que a institucionalização era a única resposta social para os idosos, considerados um grupo problemático. Em termos sociopolíticos, após 74 deu-se a consolidação do sistema da Segurança Social, que marca a viragem face à garantia dos direitos sociais. A partir de 1976, à semelhança de outros países, surgem os primeiros centros de dia, como um serviço de proximidade, capaz de dar resposta às necessidades dos mais velhos, alimentação, higiene, convívio, lazer, entre outros. Embora o SAD tenha surgido associado a esta resposta, mais tarde acaba por se assistir à sua autonomização. Entre 1986 e 1995 gera-se o primeiro grande impulso do serviço, assiste-se à abertura de cerca de 75 serviços por ano. Contudo, a partir da segunda metade da década de 90 o SAD estende-se por todo o país, com mais de 122 novos serviços por ano. No final dos anos 90, surge o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e a Unidade de Apoio Integrado (UAI), baseados na preocupação com a articulação entre a área social e a área da saúde. Este tipo de serviços é destinado a indivíduos em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente.

As políticas dirigidas à intervenção na dependência em Portugal caracterizam-se pela centralidade da Segurança Social, pela importância das parcerias com Instituições Particulares de Solidariedade Social e pela falta de coordenação entre os setores social e da saúde. A Segurança Social é, no nosso país, a única entidade estatal responsável por administrar as respostas sociais dirigidas especificamente à população idosa. Assim sendo, esta entidade possui uma dupla função – supervisiona e financia as instituições cujos serviços se destinam às populações mais vulneráveis.

Ao longo do ano de 2006, no território continental, realizou-se um levantamento exaustivo de todos os equipamentos sociais destinados a apoiar idosos. Pretendia-se analisar a sua tipologia, capacidade e utilização das valências (Martin e Borges, 2006). Posteriormente em 2010, após reunidos todos os dados, foi possível conhecer a realidade atual da necessidade. De todas as valências analisadas, e no que respeita à taxa de capacidade, o SAD constitui o serviço com um aumento mais significativo (33,25%), seguido da valência de Lar de idosos (22,66%) e por último o centro de dia (8,79%), (Dados Manual de Gerontologia). Se

compararmos com os standards internacionais, as taxas de capacidade de serviços de apoio domiciliário (5,49% em 2010) encontram-se a baixo do *standard* (10%). A significativa diferença entre *standards* internacionais e a taxa de capacidade do SAD, pode estar relacionada com o aumento da capacidade de cuidado informal, sobretudo as mulheres, face ao aumento do desemprego, bem como este tipo de serviço oferecer pouca diversidade nos serviços e pouco intensivos, sendo a média de tempo despendido diariamente por utente nesta valência de 20 minutos (Martín e Oliveira, 2010). Em relação às taxas de utilização, verifica-se igualmente um aumento no território nacional, nas valências do SAD (25,33%) e na de Lar de Idosos (24,48%).

Caracterizado pela prestação de cuidados na casa do idoso, é um serviço muito apoiado pelas políticas governamentais. Este apoio deve-se, em parte, à forte contribuição que tem para o bem-estar do idoso, mas também porque constitui uma resposta ideal em termos económicos, já que os seus custos são cerca de sete vezes inferiores aos da institucionalização (Jacob, 2005). As políticas que defendem a permanência do idoso em casa, têm combinado os seus esforços para que a pessoa idosa escolha continuar a viver no seu ambiente de vida habitual, em detrimento da institucionalização. Esta premissa foi fortalecida pela melhoria das condições de habitabilidade dos domicílios e pelo aumento da flexibilidade dos serviços médicos e sociais para assistirem aqueles que preferem continuar a residir em sua casa.

3.11. DOCUMENTO REGULADOR

Segundo a legislação que regulamenta o SAD, constituem seus objetivos gerais: (i) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; (ii) prevenir situações de dependência e promover a autonomia; (iii) prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias de modo a contribuir para o seu bem-estar; (iv) assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas e apoio nas atividades de vida diária; (v) colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

Os serviços previstos, para colmatar necessidades identificadas, podem passar pela: (i) prestação de cuidados de higiene e conforto; (ii) colaboração na prestação dos cuidados de saúde, sob a supervisão do pessoal de saúde; (iii) arrumação e pequenas limpezas no domicílio; (iv) confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; (v) acompanhamento das refeições; (vi) tratamento de roupas; (vii) disponibilização de informação que facilite o acesso a outros serviços da comunidade, no sentido da satisfação de outro tipo de necessidades. Não obstante, o SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente: (i) acompanhamento ao exterior; (ii) aquisição de bens e serviços; (iii) acompanhamento, recreação e convívio; (iv) pequenas reparações no domicílio; (v) contactos com o exterior; (vi) apoio em situações de emergência, designadamente serviço de tele alarme.

O SAD deve obedecer a um conjunto de orientações. Relativamente ao quadro de pessoal a afetar, os indicadores orientam para um diretor técnico, um técnico de serviço social por cada 60 utentes, um ajudante familiar por cada 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por cada 30 utentes, um trabalhador auxiliar por cada 30 utentes, um motorista e um administrativo (Bonfim e Veiga, 1996).

Deve estar organizado de modo a que, progressivamente, proporcione apoio contínuo de 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados, bem como uma atuação de emergência sempre que se justifique.

Para cada utente deve ser elaborado um Plano de Cuidados individualizado, de acordo com as necessidades diagnosticadas, e em colaboração com a família e o utente. A construção do Plano de Cuidados é da responsabilidade do pessoal técnico e a prestação dos serviços deve ser assegurada por pessoal com formação adequada.

A orientação normativa prevê também que a prestação dos serviços de SAD

deva ser assegurada, sempre que possível, pelos mesmos profissionais, de modo a garantir continuidade no relacionamento do profissional prestador de cuidados e o utente, facilitando as relações interpessoais.

No processo individual do utente, deve constar um conjunto de elementos, destacando-se entre eles: (i) identificação e residência; (ii) identificação, endereço e telefone do responsável a contactar em caso de necessidade; (iii) indicação do médico assistente e seu contacto; (iv) tipo de cuidados a prestar, bem como a sua periodicidade; (v) data de início da prestação dos cuidados; (vi) cópia do contrato celebrado.

Para além da informação atrás referida, o SAD deve ter, no domicílio do utente, outro tipo de informação sistematizada em processo individual para cada um, onde deve constar: i) plano de cuidados ou serviços a prestar, rubricado pelo responsável; ii) registo de cada serviço prestado, bem como a data respetiva, assinado pelo prestador do cuidado; iii) registo de avaliação periódica.

Os profissionais envolvidos no SAD devem considerar o domicílio do utilizador como um espaço inviolável, não sendo permitido fazer alterações nem eliminar bens e objetos sem a prévia autorização do utente. Considera-se ainda que, nos casos em que ao serviço tenha sido confiada a chave do domicílio do utilizador, esta deve ser guardada em local seguro ou entregue à responsabilidade do trabalhador encarregado da prestação de cuidados.

Importa ainda referir que compete a cada uma das instituições promotoras de SAD a elaboração do Regulamento Interno do serviço, prevendo as condições particulares de funcionamento, adequando às características do meio em que está inserido. Da análise dos princípios do SAD, ressalta o seu cariz marcadamente social. Porque está sob a coordenação de um organismo com responsabilidades ao nível social, está direccionado para dar resposta às necessidades mais básicas dos idosos ou dependentes, sem que seja feita uma abordagem ao idoso como um ser complexo, com necessidades de natureza diversa.

3.12. PERSPETIVAS FUTURAS - O QUE ESPERAR DESTE SERVIÇO

Independentemente do nível de desenvolvimento que apresenta, e segundo a Carta Social de 2012, o SAD constitui a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 - 62% (Carta Social, 2012). A resposta SAD, apresentou assim, um crescimento

expressivo entre 2000 e 2012 (98%), que se traduziu em 48000 novos lugares, evidenciando assim o papel que continua a desempenhar na prestação de cuidados à população idosa no seu espaço habitacional e no meio habitual de vida.

O que explica este crescimento acentuado do SAD? Se anteriormente, a responsabilidade da proteção social era assumida maioritariamente pela solidariedade familiar, sendo que era a família que assumia, de um modo geral, a provisão do bem-estar social (Pimentel, 2000), sabe-se que esta conjuntura tem sofrido sérias alterações. Apesar de se questionar atualmente a capacidade das famílias em continuarem a assumir o papel que têm desempenhado em termos de proteção social, face às mudanças socioeconómicas e demográficas a que têm sido sujeitas. Fatores como o progressivo ingresso das mulheres no mercado de trabalho, a diminuição da taxa de fecundidade, aliada à consequente diminuição da dimensão das famílias, assim como o evidente envelhecimento da população determinam o repensar do estatuto da família a este nível. As famílias atuais, segundo Hespanha (2002), confrontam-se com uma dupla escassez de recursos, desde a insuficiência de apoio estatal e até à incapacidade de encontrar, no seu seio, respostas cabais às necessidades com que se deparam.

A nova forma de cuidar passa, nalguns casos, se bem que não em todos, por uma nova forma de cuidar, que se caracteriza pela mediação anónima entre gerações, através da criação de instituições e agentes que se querem treinados e especializados. O pacto tácito outrora existente nas sociedades tradicionais, no qual os pais contavam com os filhos para cuidarem deles quando necessitassem, passa agora a ter outra configuração, já que apesar de não desaparecer esse acordo, passa agora por um processo de “despersonalização”, isto é, um financiamento indireto feito pelas gerações mais novas, através de formas institucionalizadas de cuidar (Marques, 2002). A questão do cuidar dos mais idosos pelas famílias está, atualmente envolto em alguma complexidade, exigindo uma análise mais profunda.

A legislação nacional relativamente à terceira idade é ainda reduzida. A Lei de Bases da Segurança Social também não é explícita relativamente à população idosa. Com um contexto como o atrás caracterizado, o grupo etário dos indivíduos idosos deveria constituir um alvo que implicasse uma maior preocupação por parte dos nossos governantes, dado tratar-se, em geral, de um grupo mais dependente e vulnerável em diversos domínios, incidindo naturalmente no nível da saúde. Aliás, o envelhecimento da população está a exercer uma forte pressão sobre os sistemas de saúde e segurança

social na generalidade dos países ocidentais. A publicação de 2004 do *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, estabeleceu três importantes pilares: (i) promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; (ii) melhor adequação entre a prestação de cuidados de saúde e as necessidades específicas desta população; (iii) promoção e desenvolvimento intersectorial que possibilite a autonomia e independência dos idosos (Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas, 2004). Contudo, entende-se que os diversos serviços envolvidos, sejam da saúde, sociais, autárquicos, ou outros, não têm disponibilizado os meios necessários, sejam humanos, sejam materiais, para uma efetivação dos objetivos definidos.

Assim, desvinculada da idade da reforma, a velhice passa a estar quase que exclusivamente associada às incapacidades físicas, psíquicas e mesmo materiais que surgem em idades muito avançadas. São os "muito velhos" que cada vez mais utilizam os recursos humanos e materiais disponíveis. A "dependência" dos mais velhos transformou-se, nos últimos anos, no maior desafio para os sistemas sociais. São vários os agentes envolvidos nesta problemática, passando pelas famílias, pelas organizações privadas e, por último, pelo próprio estado, enquanto produtor de políticas e principal responsável pela resolução dos problemas sociais. Segundo Fernandes (2001), o incremento verificado nas respostas sociais desenvolvidas pelas IPSS's nos últimos anos e as reservas de solidariedades familiares e de vizinhança são recursos insuficientes, nalguns casos desadequados, atendendo às exigências e dimensão do problema do envelhecimento da população. Na perspetiva deste autor, há que avaliar custos, encargos e dividir responsabilidades entre as famílias e as políticas sociais, de modo a encontrar soluções que minimizem os encargos de todas as partes.

Neste seguimento, Pimentel (2000) defende uma nova tendência no apoio social ao idoso. Segundo a autora, a desinstitucionalização do idoso surge como a solução mais vantajosa, se bem que paralelamente deva ser criadas condições que facilitem a permanência do idoso no seu meio. A concretização deste objetivo implica a interligação de três grandes eixos, que passam pela revitalização das solidariedades informais, (apesar dos estudos demonstrarem que a família continua a ser o suporte principal do cuidados aos idosos, na realidade este panorama tem sofrido alterações), pela manutenção do idoso no seu meio, e pela promoção de dinâmicas locais, o que aliás está a ser uma realidade entre nós com a crescente importância que está a ser dada ao estabelecimento de parcerias entre entidades de natureza diferenciada.

4. INDICADORES DE ENVELHECIMENTO NO CONCELHO DO MARCO DE CANAVESSES

O presente estudo foi desenvolvido no concelho de **Marco de Canaveses** pertencente ao distrito administrativo do Porto, encontrando-se integrado na região da Serra do Marão. Esta localidade situa-se no Noroeste de Portugal, integrando-se no Douro Litoral. Antes de apresentarmos os dados relativos aos indicadores de envelhecimento, caracterizamos brevemente o concelho ao nível das atividades económicas.

O Concelho detém uma área de 203 km² e está repartido em 31 freguesias: Alpendurada e Matos, Ariz, Banho e Carvalhosa, Constance, Favões, Folhada, Fornos, Freixo, Magrelos, Manhuncelos, Maureles, Paços de Gaiolo, Paredes de Viadores, Penha Longa, Rio de Galinhas, Rosém, Sande, São Lourenço do Douro, Santo Isidoro, Soalhães, Sobre Tâmega, São Nicolau, Tabuado, Torrão, Toutosa, Tuías, Várzea de Ovelha e Aliviada, Várzea do Douro, Vila Boa de Quires e Vila Boa do Bispo.

O concelho do Marco situa-se, então, na região interior norte. Como tal, a agricultura é a atividade predominante que atravessa, de uma forma geral, todas as freguesias do concelho. Em termos de indústrias predomina a da exploração e do tratamento de granito, a indústria têxtil, a indústria da construção civil e a indústria metalúrgica. A extração, preparação e transformação da pedra, também adquire aqui uma grande expressão. O comércio tradicional é o mais atrativo, assim como as feiras. As freguesias mais próximas do centro urbano denotam uma maior ênfase do sector dos serviços, nomeadamente, nas áreas relacionadas com atividades económicas ou de índole social e do comércio.

Pode-se dizer-se, portanto, que a economia local do concelho do Marco de Canaveses é essencialmente constituída por micro e pequenas empresas que se deparam com enormes problemas ao nível da carência de mão-de-obra qualificada, e da falta de incentivos ao desenvolvimento empresarial. É necessário promover a sua competitividade, através de apoios que permitam a criação de postos de trabalho e a consequente redução dos níveis de desemprego. A construção civil é também uma atividade com relevo, assim como a marcenaria, carpintaria e metalúrgica.

Em termos de indicadores demográficos, importa aqui analisar a evolução da população residente do Marco entre 1960 e 2011. Em 1960 a população marcoense rondava os 39.270 habitantes. Cerca de vinte anos depois, em 1981 a população sofreu uma evolução significativa, passando o total de indivíduos para 46.131. No ano de 2001 os dados da tabela 1 mostram-nos, que a população continuou a aumentar, neste ano os marcoenses eram cerca de 52.419. Atualmente e com a realização dos últimos censos em 2011, o Marco viu novamente a sua população a aumentar, no entanto este último aumento não revela um crescimento significativo, 53.450 habitantes (PORDATA, 2014).

Tabela 1 População residente em Marco de Canaveses segundo os Censos: total e por grandes grupos etários

Faixa etária	2001	2011
0-14	11274	9655
14-64	35278	36836
≥65	5867	6959
Total	52985	53450

Em termos de densidade populacional, os dados referentes a 1960 mostram-nos uma percentagem de 194,5%. Relativamente ao ano de 2011, a percentagem deste indicador, mostra-nos um aumento considerável, sendo a densidade populacional atual de 264,7%.

O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país. Ao caracterizarmos o concelho do Marco e para que possamos conhecer mais aprofundadamente a sua realidade, devemos analisar a evolução de outros tipos de indicadores, principalmente aqueles que nos remetem para o estudo da população idosa marcoense. Começamos por analisar o Índice de Dependência de Idosos e a sua evolução (tabela 2).

Tabela 2 Evolução do índice de independência de idosos

Anos	Índice de dependência de idosos
1960	13.4
1981	15.5
2001	16.6
2011	18.9

Em 1960 a sua percentagem era de 13,6%, já no ano de 1981 o mesmo índice aponta para os 15,5%, denotando-se aqui um ligeiro aumento. Também no ano de 2001 o índice de dependência continua a subir para 16,6%. Os últimos dados dos censos em 2011, colocam este índice nos 18,9%. O aumento do índice de dependência, encontra-se pois relacionado com o aumento da população por grupos etários, nomeadamente os indivíduos com 65 ou mais anos de idade. As percentagens deste índice, mostram-nos um aumento bastante significativo da população idosa - em 1960 a população com 65 e mais anos de idade era de 2.977%. Decorridos cinquenta anos, em 2011 a população idosa apresenta um valor que ronda os 6.959%. Se analisarmos então, o rácio relativo ao índice de envelhecimento no Marco de Canaveses (tabela 3), em 1960 este apresentava um valor de 20,8 %, mais tarde em 1981 este índice apresentava já uma subida de 26,7%. Em 2001 obtém-se o aumento mais significativo de 52%. Com os censos de 2011 assistimos a uma nova subida deste valor – 72,1%.

Tabela 3 Evolução do índice de envelhecimento

Ano Civil	Índice de envelhecimento
1960	20.8
1981	26.7
2001	52.0
2011	72.1

Estes valores levam-nos a analisar e a refletir sobre o índice de longevidade, apresentado na tabela 4 em 1960 era de 32,7% e atualmente é de 47,1%. É um facto que os indivíduos vivem cada vez até mais tarde e estes dados mostram-nos essa evolução.

Tabela 4 Evolução do índice de longevidade

Ano Civil	Índice de longevidade
1960	32.7
1981	35.0
2001	40.5
2011	47.1

Além dos indicadores de envelhecimento apresentados, que nos dão a conhecer alguns dos problemas do concelho relacionados com a sua evolução demográfica, consideramos importante o conhecimento do diagnóstico social do concelho, para identificarmos as necessidades e recursos dos idosos. Segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Marco foram identificados os seguintes problemas e necessidades na área do envelhecimento:

- Existência de situações graves de isolamento (social e físico) e solidão dos idosos;
- Ausência de retaguarda familiar;
- Habitações degradadas;
- Ausência de conhecimento relativamente à existência de serviços sociais no concelho;
- Inexistência de respostas sociais em algumas freguesias, nomeadamente do SAD;
- Carências na cobertura dos serviços de apoio domiciliário, cuja necessidade de apoio ao domicílio a idosos se sente mais em situações de isolamento e/ou dependência;
- Existência de listas de espera nas valências assinaladas (Centros de Dia e Convívio, Lar e Apoio Domiciliário);
- Necessidade de uma maior qualificação e formação (inicial e contínua) de profissionais, técnicos e dirigentes (a formação permite contornar a dificuldade que consiste em recrutar pessoal qualificado);
- Necessidade de mais apoio por parte da Segurança Social – uma vez que, segundo as instituições, os acordos de cooperação entre as instituições e a Segurança Social são insuficientes, o que dificulta ou impossibilita mesmo o apoio a idosos com baixos rendimentos, assim como a extensão dos serviços, uma vez que as próprias instituições não têm capacidade financeira, nem recursos humanos e físicos para tal. Na generalidade das instituições, o número de utentes apoiados supera o número abrangido pelos acordos de participação celebrados. É pois sentida a necessidade de celebração de mais Acordos de Cooperação, assim como, de mais apoio para casos atípicos e para utentes carenciados (Diagnóstico Social do Marco de Canaveses, 2011).

Importa também aqui analisar os indicadores sociais que nos dão informação sobre as condições de saúde da população que, por seu lado, dependem da quantidade, qualidade e eficiência dos serviços de saúde, bem como da sua acessibilidade e humanização na prestação dos cuidados. No Concelho do Marco de Canaveses existe o Centro de Saúde do Marco de Canaveses, dependente do Ministério da Saúde e que é composto por várias extensões: Fornos/ Sede com serviços gerais, Autoridade de Saúde Concelhia e o

atendimento ambulatorio, a Unidade de Serviço Familiar de Alpendorada, Feira Nova, Livração, Penhalonga, Soalhães, Tabuado e Consultório de Vila Boa de Quires. Para além das estruturas dependentes do Ministério da Saúde, o concelho é ainda servido pelo Hospital da Santa Casa da Misericórdia que funciona no sistema privado. Uma vez que nos estamos a referir a um grupo vulnerável como são os idosos, a questão da saúde constitui uma das maiores preocupações destes indivíduos. Mais uma vez, a questão dos baixos rendimentos e, no caso de alguns idosos em concreto, a ausência de apoio e retaguarda familiar, dificulta o seu acesso aos cuidados de saúde.

Quanto à caracterização da ação social, demarcaram-se como principais interventores na área social do concelho, o Centro Regional de Segurança Social do Porto, o Município do Marco de Canaveses e as Instituições Particulares de Solidariedade Social. Espera-se que num futuro próximo o alargamento do seu espaço de intervenção em benefício da população residente em todo o concelho do Marco de Canaveses. Em termos de respostas sociais dirigidas aos idosos, existem no concelho seis Centros de Dia - Alpendurada e Matos, Ariz, Banho e Carvalhosa, Favões, Toutosa e Vila Boa do Bispo; quanto a estruturas de residência nomeadamente Lares, existem dois - Fornos e Vila Boa do Bispo e, em termos de Serviço de Apoio Domiciliário, o concelho conta com esta resposta em sete freguesias - Alpendurada, Ariz, Banho e Carvalhosa, Favões, Rio de Galinhas, Vila Boa de Quires e Vila Boa do Bispo (Carta Social).

Sendo manifestamente insuficientes os equipamentos de apoio a idosos existentes no concelho, principalmente em termos de apoio domiciliário, torna-se necessário estudar com uma maior profundidade as carências reais do tipo de apoios a criar para esta faixa etária da população, quer na zona urbana, quer nas zonas rurais.

A população idosa marcoense apresenta características culturais, hábitos de vivências quotidianas, situações familiares e socioeconómicas, expectativas de vida e orientações das mais diversificadas, realidades que não poderão ser ignoradas quando se pretender oferecer serviços de apoio que, de facto, respondam às reais necessidades das pessoas e sejam um valor acrescentado a contribuir para a melhoria da qualidade das suas vidas, da sua realização pessoal e social, do seu bem-estar.

Encarando a desadequação da oferta em relação à procura de respostas para equipamentos sociais para idosos, existem alguns projetos para o concelho que são preconizados por instituições locais. Nomeadamente o projeto que visa a criação de um

projeto de apoio domiciliário inovador, apoiado pela Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses e aqui desenvolvido neste trabalho.

5. ESTUDO DO PERFIL DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE MARCO DE CANAVESES

5.1. OBJETIVOS DO ESTUDO E NOTAS SOBRE OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo procede-se à apresentação dos objetivos deste estudo empírico, bem como da metodologia nele utilizada onde está descrito o processo da constituição da amostra, o instrumento utilizado na recolha dos dados e, por último, os procedimentos utilizados em todo o processo de recolha e de tratamento da informação.

O propósito deste trabalho intitulado – **“A Criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no Combate ao Retraimento Social dos Mais Velhos”**, visa uma abordagem ao serviço de apoio domiciliário, com vista à sua futura implementação na Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses. Além dos serviços mínimos prestados por esta resposta social, pretende-se que, com este projeto, o SAD, não seja unicamente um serviço que assegure as atividades básicas de vida diária dos idosos. No decorrer deste trabalho e no contacto com a população inquirida, constatei que existem outro tipo de necessidades e problemas a colmatar. Os fenómenos do isolamento e o da solidão constituem temas importantes desta investigação. Apesar de se tratar de um grupo de indivíduos que não se encontram isolados, facilmente se percebe que o decorrer dos seus dias se remete ao espaço da habitação, sendo que, muitos deles, dificilmente saem de casa, não desenvolvendo contactos significativos com o exterior. A questão da dependência é apontada como outro fator que caracteriza esta população, deparamo-nos com idosos a viver com grandes dificuldades físicas e cognitivas. Embora possuam alguma retaguarda por parte de familiares e/ou vizinhos, pauta-se facilmente que estes indivíduos carecem de um apoio específico remetido para esta problemática. Os familiares não estão dotados para lidarem com este tipo de situações, apresentando, em algumas situações um certo desgaste físico e emocional relatado pelos mesmos. Este projeto visa, entre outros aspetos, fazer face a estes problemas com o objetivo principal de contribuir para uma melhor qualidade de

vida dos indivíduos.

Para a elaboração deste estudo, contei com o apoio da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses, visto que esta entidade pretende num futuro próximo criar a resposta do Serviço de Apoio Domiciliário, de modo a abranger os idosos das freguesias envolvidas à instituição, nas quais não existe este tipo de resposta. Assim sendo, as freguesias onde este estudo foi desenvolvido são: Fornos, São Nicolau e Tuíás.

Na metodologia de projeto, o diagnóstico permite a identificação dos problemas. A realização do estudo permitiu perceber que havia:

- Falta de um serviço num território envelhecido, de modo a satisfazer as atividades básicas de vida diária dos idosos (alimentação, higiene...);
- Era necessário dar resposta a outro tipo de necessidades, nomeadamente o isolamento e solidão de diversos idosos. Muitos destes indivíduos vivem confinados nas suas habitações, possuindo contactos esporádicos com a comunidade envolvente;
- Falta de assistência na medicação: os idosos demonstraram terem dificuldades em administrarem a medicação;
- A inexistência de retaguarda familiar, para além da ausência de um apoio formal, denota-se constantemente a ausência dos familiares no seu dia-a-dia;
- Quando existe o apoio informal, o suporte às famílias que assumem o papel de cuidadoras, revela-se um fator importante;

Com base na identificação destes problemas, partimos para a construção de uma problemática teórica (que atrás explicitamos) de onde saíram hipóteses que foram fundamentais neste percurso de realização do diagnóstico social.

- O SAD é um serviço que só pode ser estruturado (os serviços por ele oferecidos aos idosos) tendo por base a identificação dos problemas e das necessidades dos idosos;
- A identificação dos problemas e das necessidades dos idosos obriga-nos à realização de uma caracterização dos idosos ao nível das condições de habitação, das trajetórias profissionais, das redes de relacionamento social, do estado de saúde e dos níveis de dependência; etc. ...

- O SAD é um serviço que ao permitir que os indivíduos envelheçam nos lugares que para eles são significativos, no seu espaço habitacional e integrados na comunidade local, favorece o “bem envelhecer” e combate o envelhecimento vivido no registo da morte social;
- O SAD enquanto resposta social que deverá atender à pluralidade de necessidades dos idosos e prestar serviços diversificados (não se confinando ao tradicional “banho e marmita”), tem um forte potencial na proteção social dos idosos;
- O SAD é um equipamento social com potencial para combater as situações de isolamento social e de solidão e para envolver os idosos em atividades que lhe deem sentido à vida.

O presente projeto de investigação teve como população envolvida no estudo os idosos residentes nas três freguesias mais próximas da Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses – Fornos, São Nicolau e Tuíás. Pretendia-se chegar junto daqueles indivíduos sinalizados pela GNR, pela Paróquia e pelas instituições sociais, de modo a conhecer:

- ✓ Aspetos de caracterização demográfica,
- ✓ As condições de habitação,
- ✓ As condições de conforto da habitação,
- ✓ Os serviços disponíveis na área de residência,
- ✓ O trajeto profissional dos indivíduos,
- ✓ Os rendimentos,
- ✓ Os Laços/ Redes de interação social,
- ✓ Serviços existentes e a desenvolver, particularmente os serviços existentes destinados à população idosa do concelho,
- ✓ Expectativas em relação ao SAD,
- ✓ A avaliação do grau de dependência (Atividades Básicas e Instrumentais da vida diária),

Caracterizar a população potencial utilizadora deste serviço torna-se fundamental, no sentido de se preparar a resposta social, atendendo às necessidades de diferentes ordens deste grupo de idosos. Pretende-se envolver diretamente os indivíduos idosos, os seus familiares e vizinhos na definição daquele que será um projeto inovador, abrangendo outro

tipo de serviços diferentes daqueles que habitualmente são prestados pelas estruturas de SAD. Nesta perspectiva, a minha proposta baseia-se em pontos fulcrais como a participação direta dos indivíduos num serviço que visa essencialmente colmatar necessidades e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Espera-se que este projeto contribua para alargar os objetivos do SAD, no sentido deste não ser apenas um serviço remunerado em troca de serviços mínimos e básicos.

Quando se fala num serviço que envolva a população de uma forma participativa, espera-se que sejam os próprios indivíduos a expressarem o que esperam deste serviço. Uma vez que ao longo do meu trabalho no terreno, me apercebi que, de facto existem diversos idosos que vivenciam o fenómeno da solidão, penso que a criação desta resposta passa por apostar no combate a esta realidade.

Para a recolha dos dados, o papel da Santa Casa da Misericórdia revelou-se extremamente importante. Através desta entidade, foi-me possível reunir com os presidentes de cada junta de freguesia. Após expor o projeto e explicar qual o seu intuito, obtive de imediato o apoio dos representantes das freguesias. Para identificar os indivíduos com mais de 75 anos de idade, foi-me possibilitado o acesso aos cadernos eleitorais, através dos quais pude levantar as informações necessárias dos indivíduos que viria a inquirir, nomeadamente o nome e o seu local de residência. Quer com o auxílio dos responsáveis das juntas, quer com a colaboração da Santa Casa e do gabinete de Ação Social, foram-me igualmente apresentados alguns casos concretos de idosos já sinalizados por estas entidades. Após reunir com a G.N.R. foi-me facultada uma lista, onde constavam os indivíduos idosos que se encontram a viver sozinhos. Também a Igreja, enquanto instituição de caridade, forneceu o seu contributo ao me possibilitar o contacto com alguns dos inquiridos.

Após reunir algumas vezes e dialogar com todas estas entidades, no sentido de chegarmos junto do maior número de indivíduos, ficou definida uma amostra de 200 indivíduos que foram inquiridos, num trabalho realizado porta a porta.

Para a concretização do trabalho de terreno e de modo a assegurar que os indivíduos nos recebessem nas suas residências, contei uma vez mais com a ajuda da Técnica de Serviço Social da Santa Casa, com a presença dos presidentes de junta e, noutras situações com os membros da Igreja e associações locais.

A tabela 5 analisa a população de inquiridos de acordo com a faixa etária a que pertencem. Podemos constatar que a amostra é constituída no seu total por 200 indivíduos,

sendo que 35% são homens e 65% são mulheres. Quanto às faixas etárias, segundo a tabela 6, 37% dos inquiridos têm menos de 79 anos, 31,5% tem idades compreendidas entre os 80 e os 84 anos e a mesma percentagem tem 85 anos ou mais.

Na análise desta amostra, constatamos que a população idosa é muito feminizada, sendo que as mulheres estão em maior número, cerca de 65%.

Ao observarmos a tabela 6, percebemos facilmente que estes dados retratam uma população bastante envelhecida, principalmente a partir dos 80 anos, o que corresponde aos possíveis utilizadores do SAD.

Tabela 5 Caracterização dos inquiridos segundo o género

Género	Número absolute	Percentagem (%)
Masculino	70	35,0
Feminino	130	65,0

Tabela 6 Caracterização dos inquiridos segundo a faixa etária

Faixa etária	Número absolute	Percentagem (%)
≤ 79 anos	74	37
80 – 84 anos	63	31,5
≥ 85 anos	63	31,5
Total	200	100,0

Para a recolha dos dados, foi utilizado um inquérito intitulado: **“Estudo do Perfil do Envelhecimento da População”**. Este instrumento encontra-se todo ele estruturado, de modo a realizar o levantamento das principais necessidades/problemas dos indivíduos idosos. Através deste inquérito, foi-me possível reunir diversa informação, que me possibilitou a elaboração do diagnóstico deste gerontológico. Tomar conhecimento dos padrões de vida destes sujeitos, perceber as suas condições de habitabilidade, conhecer as suas necessidades, foram alguns dos pontos fulcrais presentes nas questões do inquérito. O facto do trabalho ter sido feito diretamente com os inquiridos nas suas residências, tornou-se uma mais-valia, pois tive a oportunidade de constatar a realidade em que, muitos deles vivem.

O inquérito é composto por XI grupos de questões, começando pela recolha dos dados sociodemográficos dos inquiridos (freguesia de residência, género, idade, estado

civil, instrução...). No II grupo, os inquiridos encontravam questões relativas à habitação (tipo de casa, regime de ocupação, estado de conservação e condições de conforto...). Em seguida, os inquiridos tinham de indicar que tipos de serviços existem na proximidade das suas casas (hospital, supermercado, teatro...). No grupo que se segue, todo ele é dedicado à trajetória profissional do indivíduo (condição atual perante o trabalho, situação na profissão...). Já no grupo VI, responderam a questões sobre os seus rendimentos. O grupo seguinte aborda questões relativas aos laços e redes de interação social (como é constituído o agregado, que importância é atribuída aos familiares...). Em seguida faz-se uma avaliação do grau de dependência e das atividades básicas e instrumentais da vida diária (a que atividades dedica maior tempo...). No grupo IX estão presentes as questões que englobam os serviços existentes (hospitais, centros de saúde e a avaliação destes). O grupo X faz uma abordagem aos serviços sociais existentes no concelho destinados aos idosos, e, por fim no grupo XI as questões são remetidas para as expectativas em relação ao SAD (pretende-se conhecer o que os idosos inquiridos esperam deste serviço).

Ainda no mesmo inquérito foi possível os inquiridos responderem à avaliação do grau de dependência de atividades básicas, através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptação Portuguesa de Natário *et al.*, 2001), com vista a determinar o grau de dependência funcional. O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas). Por último, consta ainda deste inquérito a escala AIVD (Índice de Lawton e Brody) utilizada para avaliar a autonomia física e AIVD (capacidade para usar o telefone, capacidade para realizar compras, uso de meios de transporte...).

A concretização dos objetivos do presente estudo levou-nos a realizar uma análise dos dados com vista a identificar as características da população envolvida no estudo. As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central e dispersão (mediana, percentil 25, percentil 75, mínimo e máximo). As variáveis qualitativas foram sumariadas, em tabelas de frequências/contingência, através do cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%).

O tratamento de dados foi efetuado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO: ESTUDO DO PERFIL DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE MARCO DE CANAVESES

6.1.1. INTRODUÇÃO

Os dados a seguir apresentados decorrem do tratamento e análise das informações recolhidas através do inquérito realizado junto de um universo de 200 indivíduos com as seguintes faixas etárias: 75 e mais anos, entre os 80 e os 84 anos e ≥ 85 . Esta amostra é constituída por idosos que habitam em três freguesias do concelho

6.1.2. LOCAL DE RESIDÊNCIA POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO

Das três freguesias do concelho de Marco de Canaveses envolvidas neste estudo e representadas na tabela 7, Fornos, Tuías e São Nicolau, a freguesia com maior número de inquiridos foi Fornos, com 94 indivíduos; seguida da freguesia de Tuías com 71 indivíduos e, por último, a freguesia de São Nicolau com 35 indivíduos.

Importa aqui caracterizar estas três freguesias que atualmente integram a União de Freguesias do Marco, no sentido em que todas elas são urbanas e definem as fronteiras do centro da cidade. São freguesias que apresentam características rurais, mas que por constituírem o “centro do concelho” integram também estruturas de comércio e os principais serviços (câmara municipal, bancos, hospital, finanças...) existentes. No entanto, é frequente encontrarmos habitações com pequenos quintais e explorações agrícolas, que funcionam com o objetivo principal da subsistência. Trata-se de um território também misto em termos de povoamento que é tanto concentrado como disperso e o tipo de habitações tanto são apartamentos de construção em altura como casas térreas.

Tabela 7 Caracterização dos inquiridos por freguesias

Freguesia	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%
Fornos	32	43,2	32	50,8	30	47,6	94	47,0
S. Nicolau	15	20,3	12	19,0	8	12,7	35	17,5
Tuías	27	36,5	19	30,2	25	39,7	71	35,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

6.1.3. ESTADO CIVIL POR GRUPO ETÁRIO

Quanto ao estado civil, aquilo que se constata na tabela 8 é que os idosos inquiridos são maioritariamente viúvos (43%) ou casados (37%), cerca de 16,5% são solteiros e apenas 3,5% se encontram separados ou divorciados.

Tabela 8 Caracterização dos inquiridos segundo o estado civil

Estado Civil	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%	Nº absolute	%	Nº absoluto	%
Solteiro	10	13,5	12	19,0	11	17,4	33	16,5
Casado	43	58,1	21	33,3	10	15,9	74	37,0
Separado/Divorciado	4	5,4	3	4,8	0	0,0	7	3,5
Viúvo	17	23,0	27	42,9	42	66,7	86	43,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

6.2. CONDIÇÕES MATERIAIS DE EXISTÊNCIA

6.2.1. RENDIMENTOS

Na nossa sociedade a população idosa, até há muito pouco tempo, constituía o grupo etário mais vulnerável à pobreza. Deste modo, torna-se fundamental analisar as condições materiais de existência destes indivíduos. Refletir sobre os seus rendimentos, estabelecendo a ligação com a atividade profissional que possuíram no passado. Atualmente, a maioria dos inquiridos já ultrapassaram esta etapa marcante que constitui a passagem à condição de reformado ou pensionista. Com efeito, de acordo com a tabela 9, 90,5% dos entrevistados definiram-se como reformados. Destaca-se aqui, no entanto, duas outras condições perante o trabalho: “nunca exerceu uma atividade profissional” (4,5%) e “ocupar-se das tarefas do lar” 2,0%. Refletindo sobre estes dados, podemos associar estas duas condições às mulheres que representam 65,5% do conjunto dos inquiridos. Como é do conhecimento geral, a participação da mulher na esfera laboral não era comum nas gerações destes idosos. As mulheres tinham, por norma, a responsabilidade de cuidarem da casa e da família, mesmo que associassem a estas tarefas também alguns trabalhos agrícolas.

Tabela 9 Condição atual dos inquiridos perante o trabalho

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Exerce uma atividade profissional	3	4,1	0	0,0	0	0,0	3	1,5
Ocupa-se das tarefas do lar	3	4,1	1	1,5	0	0,0	4	2,0
Incapacidade perante o trabalho	3	4,1	0	0,0	0	0,0	3	1,5
Reformado	61	82,4	59	93,7	61	96,8	181	90,5
Nunca exerceu uma atividade profissional	4	5,4	3	4,8	2	3,2	9	4,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

O peso relativo dos indivíduos que ainda exercem uma atividade profissional é insignificante, não ultrapassando 1,5%, encontrando-se esta percentagem associada apenas a 3 indivíduos, na faixa etária mais nova.

Os dados da tabela 10, demonstram que o valor mediano das pensões de reforma dos indivíduos ronda os 426€. Na análise dos resultados obtidos, também foi possível constatar que existem valores mínimos de 136€ por mês. Ora, este aspeto comprova a vulnerabilidade económica a que muitos destes inquiridos estão expostos. Verifica-se, que um total de 48% da população inquirida recebe reformas inferiores ao limiar da pobreza (434€). Entre os indivíduos de faixas etárias superiores, estas percentagens são ainda mais acentuadas. Grande parte dos inquiridos pertencentes à faixa etária mais velha, dedicou o seu percurso profissional à agricultura e, no caso das mulheres acabavam por desempenhar as tarefas domésticas, não tendo uma carreira contributiva. Esta realidade reflete-se agora nas reduzidas pensões que usufruem.

Ao analisarmos as tabelas seguintes (10, 11 e 12), e estabelecendo a relação entre a mediana dos anos de desconto e o valor mediano das reformas, conclui-se que, como seria de esperar, um maior número de anos de desconto corresponde a uma reforma de valor superior.

Tabela 10 Mediana do valor das reformas (€) dos inquiridos

Género	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Feminino	380	400	400	400
Masculino	620	550	480	560
Total	500	450	400	426

Tabela 11 Mediana de anos de desconto

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Mediana de anos de desconto	40	37	35	38

Tabela 12 Indivíduos com pensões inferiores ao limiar da pobreza

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)
	30	40,5	30	47,6	36	57,1	96	48,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

A informação transcrita na tabela 10 deixa claro que os indivíduos do sexo masculino usufruem de reformas mais elevadas em comparação com os indivíduos do sexo feminino. É na faixa etária mais nova ≤ 79 anos, que se nota a maior diferença em termos de valores de reforma. A mediana diz-nos que os homens mais novos recebem cerca de 620€, enquanto as mulheres mais novas possuem uma mediana de 380€ de valor de reforma. O mesmo acontece nas outras faixas etárias mas com diferenças mais reduzidas.

Uma outra informação interessante, está relacionada com o limiar da pobreza que agora analisamos mais detalhadamente. Ao analisarmos a tabela 10, percebemos que o valor mediano das reformas dos homens, independentemente da faixa etária, nunca é inferior ao limiar da pobreza, visto que os resultados nos homens apontam para reformas superiores aos 434€ - valor de referência do limiar da pobreza. O mesmo não se sucede nas mulheres, a mediana dos valores das reformas destas, traduz em todas as faixas etárias, valores inferiores ao limiar da pobreza. Deste modo podemos concluir que no total, os homens possuem reformas mais elevadas que as mulheres.

Com efeito, a análise das respostas obtidas permite concluir que os indivíduos do sexo masculino com idades iguais ou superiores a 85 anos possuem reformas mais reduzidas (480€) do que as dos homens que pertencem aos escalões etários “mais novos” (620€). Quanto às mulheres, não existem grandes diferenças do valor da reforma nos diferentes grupos etários.

Para tentar apreender de forma mais objetiva os constrangimentos materiais com os quais esta população envelhecida se depara, procuramos analisar as despesas que respeitam à utilização dos serviços de saúde e aos medicamentos e outros gastos com saúde, bem como as que se prendem com o alojamento. Quando falamos de idosos, estamos a referir-

nos a indivíduos com idade avançada, mais sujeitos a problemas de saúde, necessitando estes de usufruírem com mais frequência dos serviços de saúde, realização de exames médicos, fisioterapia e tomando mais medicação, etc. Uma grande fatia do orçamento dos idosos, destina-se precisamente às despesas que a saúde exige. Como se pode verificar nas tabelas 13 e 14, as despesas de saúde assumem um peso bastante considerável, sendo o valor mediano das despesas mensais em medicamentos de 50€. Verifica-se que a faixa etária mais velha ≥ 85 anos, apresenta, como era espectável, a maior mediana de despesas em medicamentos 59€.

Para além dos gastos com medicação, os inquiridos apontaram outro tipo de despesas relacionadas com a saúde, cuja mediana ronda os 40€ mensais.

Tabela 13 Mediana de despesas mensais com medicamentos (€)

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Mediana de despesas mensais com medicamentos (€)	50	45	59	50

Tabela 14 Mediana de outras despesas com a saúde

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Mediana de outras despesas com a saúde (€)	30	30	40	40

Ao falarmos nas despesas/gastos que afetam o orçamentos deste indivíduos, há que referir, para além das despesas com a saúde, as despesas com os alugueres das habitações. Embora a maioria dos inquiridos sejam proprietários das suas habitações (60,5%), tal como mostra a tabela 15, 32% dos indivíduos vivem num regime de ocupação arrendatário. Neste sentido analisamos o valor mediano das rendas, por género e faixa etária. Uma vez que as três freguesias são urbanas, o custo do arrendamento da habitação é mais significativo (tabela 16), o que leva a considerar que o facto de não ter casa própria pode constituir um fator gerador de desigualdade no seio da população envelhecida. Contudo, esta questão assume uma maior complexidade na medida em que ser proprietário de uma habitação não garante por si só condições de existência mais vantajosas.

Embora muitos dos inquiridos sejam proprietários das suas próprias habitações, a escassez de recursos económicos, condiciona o facto de estes indivíduos não possuírem condições para que possam investir na requalificação das suas casas. Algumas destas

habitações necessitam de obras de melhoramento, de modo a que se criem as condições mínimas de habitabilidade e conforto.

Tabela 15 Regime de ocupação

Regime de ocupação	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%	N.º absoluto	%
Proprietário	46	62,20	37	58,70	38	60,32	121	60,50
Arrendatário	25	33,80	18	28,60	21	33,33	64	32,00
Casa cedida a título gratuito	3	4,10	8	12,70	4	6,35	15	7,50
Total	74	100,00	63	100,00	63	100,00%	200	100,00

Tabela 16 Mediana de rendas por género

Género	Idade		
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos
Masculino	200,00	62,50	180,00
Feminino	56,50	137,50	137,50
Total	63,00	122,00	150,00

Entre os inquiridos, o tipo de alojamento predominante é claramente a casa unifamiliar (tabela 17). Esta percentagem é praticamente igual em todas as faixas etárias, contudo entre os indivíduos de faixa etária mais jovem, uma percentagem bastante relevante vive em apartamentos.

As condições de alojamento em que os idosos vivem, influenciam o seu processo de envelhecimento, conforme tive a oportunidade de observar, alguns dos idosos inquiridos vivem em pequenas habitações, com poucos compartimentos, em algumas situações praticamente não existe nenhum tipo de divisão entre os compartimentos. Por outro lado, muitas destas habitações encontram-se degradadas, húmidas e o seu estado de conservação muito debilitado. Ainda de ressaltar outro aspeto que se prende com as habitações, onde existem inúmeras escadas e degraus, o que dificulta a locomoção dos idosos e acaba por condicioná-lo a um único espaço. No caso dos idosos que se deslocam em cadeiras de rodas, esta constitui mais uma dificuldade, pois deparamo-nos com corredores estreitos, piso degradado, juntamente com as escadas, constitui um grande obstáculo no dia-a-dia dos mais velhos.

Tabela 17 Tipo de alojamento dos inquiridos

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Casa unifamiliar	46	62,2	42	66,7	44	69,84	132	66,0
Andar	3	4,1	3	4,8	6	9,52	12	6,0
Apartamento	21	28,4	13	20,8	8	12,70	42	21,0
Numa parte da casa c/ cozinha e sanitários	2	2,7	1	1,6	2	3,18	5	2,5
Num quarto	2	2,7	4	6,3	3	4,76	9	4,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

6.2.2. TRAJETOS SOCIOPROFISSIONAIS

RECURSOS ESCOLARES

Tendo em conta a história do sistema de ensino português, assim como o modelo de desenvolvimento económico que prevaleceu até à década de sessenta, dando amplo lugar à produção agrícola e a estruturas de produção industrial e de serviços que exigiam uma mão-de-obra pouca qualificada escolarmente, não é de estranhar que os membros dos atuais grupos etários mais velhos apresentem níveis de escolaridade baixos. As informações reunidas na tabela 18 permitem concluir que o nível de instrução predominante no conjunto da população do concelho é o ensino primário com 4 anos de escolaridade: 29,5%. Não saber ler nem escrever (21,5%) ocupa a segunda maior percentagem. Ora, ao refletirmos sobre estes dados concluimos que em qualquer dos grupos etários os níveis de instrução e escolaridade são muito reduzidos. Na faixa etária mais velha ≥ 85 anos, as percentagens de instrução são as mais reduzidas. Estes resultados obtidos vão de encontro ao esperado, até à década de sessenta, o abandono escolar precoce era justificado pela necessidade de ingressar no mundo do trabalho. O modelo de desenvolvimento económico de então dava amplo lugar à produção agrícola e a estruturas de produção industrial e de serviços que exigiam uma mão-de-obra pouco qualificada escolarmente.

Tabela 18 Nível de instrução completado por local e residência, sexo e grupo etário (%)

Nível de instrução	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	Nº absoluto	%	Nº absolute	%	Nº absoluto	%	Nº absoluto	%
Não sabe ler nem escrever	7	9,5	13	20,6	23	36,5	43	21,5
Sabe ler e escrever	4	5,4	6	9,5	10	15,8	20	10,0
3ª classe	19	25,7	6	9,5	4	6,3	29	14,5
Ensino primário completo	15	20,3	26	41,3	18	28,6	59	29,5
Ciclo Preparatório	5	6,8	1	1,6	2	3,2	8	4,0
Secundário Unificado	6	8,1	3	4,8	2	3,2	11	5,5
Secundário Complementar	8	10,7	4	6,3	3	4,8	15	7,5
Ensino Secundário	1	1,4	1	1,6	0	0,0	2	1,0
Curso médio/bacharelato	6	8,1	2	3,2	0	0,0	8	4,0
Licenciatura	3	4,0	1	1,6	1	1,6	5	2,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Os níveis de instrução inferiores à escolaridade primária predominam então largamente sobre os que lhe são superiores. Para os restantes níveis de instrução são apresentados valores mais reduzidos, sendo que o ensino secundário e a licenciatura apresentam as percentagens mais baixas: 1,0% e 2,5%, respetivamente.

TRAJETOS PROFISSIONAIS

Os elementos recolhidos acerca da escolaridade permitem concluir que estamos perante uma população para quem a vida de trabalho começou precocemente e assumiu uma grande centralidade. Relativamente à idade em que os indivíduos atualmente reformados começaram a trabalhar, conclui-se, pela tabela 19, que não existe grande diferença em termos de género. O mesmo se pode concluir para as idades até que os indivíduos reformados exerceram atividade profissional (tabela 21), uma vez que para estes também não existem grandes diferenças na mediana de idades. Constata-se com estes valores que os idosos mais velhos iniciaram a sua atividade profissional mais cedo, idosos

com idade superior ou igual a 85 anos começaram a trabalhar por volta dos 13 anos. Além disto, como se depreende das informações reunidas na tabela n.º 20, a condição perante o trabalho que predominou ao longo da vida é inequivocamente o exercício da atividade profissional – 77% da população. O trabalho doméstico, ou seja, ocupar-se das tarefas do lar, teve também aqui uma expressão significativa – 17,5%.

Tabela 19 Idade mediana com que os inquiridos começaram a trabalhar

Género	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Feminino	17	14	13	14
Masculino	15	14	15	14
Total	16	14	13	14

Tabela 20 Condição dos inquiridos perante o trabalho ao longo da vida

Condição perante o trabalho ao longo da vida	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%	N.º absoluto	%
Exercício de uma atividade profissional	59	79,7	45	71,0	50	79,7	154	77,0
Ocupar-se das tarefas do lar	12	16,2	13	21,0	10	15,6	35	17,5
Desemprego	1	1,4	0	0,0	2	3,1	3	1,5
Incapacidade perante o trabalho por motivo de doença	2	2,7	5	8,1	1	1,6	8	4,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Finalmente, a idade mediana de saída da atividade profissional é o terceiro indicador a confirmar a grande importância do trabalho na vida dos inquiridos, tanto dos homens como das mulheres. A idade mediana nunca é inferior a 60 anos, o que, relacionando as informações das tabelas 19 e 21, indicia vidas de trabalho longas, cuja duração mediana é sempre bem superior a 40 anos.

Tabela 21 Idade mediana saída do mercado de trabalho

Género	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Feminino	63	60	61	61
Masculino	63	64	63	63
Total	63	60	61	62

Procuramos analisar a distribuição dos inquiridos pelos principais grupos profissionais de que fizeram parte, bem como os lugares de classe definidos do cruzamento da profissão com a situação na profissão¹. Esta análise é importante para identificarmos os fatores de produção das desigualdades, mais concretamente os recursos que os indivíduos possuem para encarar as mudanças económicas, relacionais, entre outras, após a entrada na reforma.

Antes de passar à apresentação dos resultados obtidos, importa realçar que a estabilidade profissional predominou entre os inquiridos: cerca de 77% dos inquiridos indicaram ter exercido a mesma atividade profissional ao longo de toda a sua vida ativa.

Analisando a distribuição dos indivíduos inquiridos pelos principais grupos que constam da classificação nacional das profissões, destaca-se o limitado peso percentual dos idosos que exerceram profissões qualificadas e/ou com funções de enquadramento que dão origem, regra geral, a remunerações mais vantajosas. De acordo com a tabela 22, apenas cerca de 3,5% dos inquiridos pertenceram aos grupos superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas. Acresce igualmente a reduzida percentagem de indivíduos especialistas das profissões intelectuais e científicas - 2,0%

Na nossa amostra o grupo profissional com maior percentagem remete-nos para os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas – 30%. Ao analisarmos a tabela percebemos que o grupo dos agricultores e pescadores, os operários e artífices, os operários de instalações e máquinas juntamente com os trabalhadores não qualificados, representam cerca de 76,5% da população no seu total. Reside provavelmente nesta estrutura profissional um importante fator explicativo do baixo nível dos rendimentos provenientes das pensões de reforma acima verificado.

O estudo dos grupos profissionais permite-nos perceber os recursos que os indivíduos usufruíram ao longo da vida, o que atualmente se reflete na forma como vivem e nas dificuldades que possuem.

¹ A tipologia dos lugares de classe adotada neste trabalho foi elaborada por J. Ferreira de Almeida, A. Firmino da Costa e L. Machado, privilegiando a dimensão socioprofissional.

Tabela 22 Grupos profissionais

Grupo profissional	Idade	
	N.º absoluto	%
Quadros superiores da ad. pública, dirigentes e quadros sup. de empresas	7	3,5
Especialistas das prof. intel. e científicas	4	2,0
Técnicos e prof. de nível intermédio	10	5,0
Pessoal administrativo e similares	13	6,5
Pessoal dos serviços e vendedores	13	6,5
Agricultores e trabalhadores qualif. da agricultura e pescas	60	30,0
Operários, artífices e trabalhadores similares e Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	41	20,5
Trabalhadores não qualificados	52	26,0
Total	200	100,0

O cruzamento efetuado entre a profissão e a situação na profissão dá mais fundamento a algumas das considerações que acabamos de apresentar, destacando, desde logo, o peso bastante limitado dos lugares de classe (tabela 23) que correspondem às posições dominantes na hierarquia social. Empresários, dirigentes e profissionais liberais perfazem à volta de 2,0% dos inquiridos, enquanto os profissionais técnicos de enquadramento totalizam 21,5%.

Tabela 23 Lugares de classe

Lugares de Classe	Idade	
	N.º absoluto	%
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	4	2,0
Trabalhadores Independentes	3	1,5
Agricultores Independentes	24	12,0
Profissionais técnicos e de enquadramento	43	21,5
Empregados executantes	49	24,5
Assalariados Agrícolas	36	18,0
Operários industriais	41	20,5
Total	200	100,0

Os trabalhadores independentes (artesãos e pequenos comerciantes e prestadores de serviços) e os agricultores independentes constituem um lugar de classe tendencialmente em declínio com a industrialização e terciarização das economias, perfazendo 13,5%. Por sua vez, os assalariados executantes da agricultura, da indústria e dos serviços constituem 63%. Analisando na globalidade os lugares de classe dos idosos há uma tendência predominante para a sua pertença social ao que se designa por classes populares.

6.2.3. CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO E OPORTUNIDADES DE VIDA

Analisando de seguida as condições de alojamento, tentamos perceber se estas são suscetíveis de influenciar fortemente o processo de envelhecimento. O tipo de alojamento em que vivem ou o conforto do mesmo, podem acentuar ou, pelo contrário, relativizar desigualdades de condições materiais de existência forjadas no mundo do trabalho anterior à reforma, ao longo de todo o curso da vida e, obviamente, transportadas para a velhice, com impacto em termos de precarização da saúde dos indivíduos. Importa também refletir sobre as condições de acessibilidade à habitação que estas podem contribuir eventualmente para o isolamento social dos idosos, restringindo as suas oportunidades objetivas de conservarem a sua rede de relacionamento e de continuar a frequentar lugares que foram importantes ao longo da sua vida ou, ainda, de acederem, fácil e rapidamente, a serviços indispensáveis para atender às necessidades da sobrevivência quotidiana ou proteger a saúde. A experiência tende a provar que certas condições de habitação inviabilizam a permanência até ao fim da vida na sua própria casa e constroem os indivíduos fragilizados ou dependentes a recorrer à institucionalização.

Observando a distribuição dos diversos tipos de alojamento por local de residência (tabela 24), conclui-se que, no conjunto dos entrevistados do concelho, a casa unifamiliar predomina largamente (foi indicada por cerca de 66% dos inquiridos). Cerca de 21% dos inquiridos mora em apartamentos, uma vez que nas três freguesias em estudo, este tipo de habitação existe em grande número. Facto este que, tal como constatamos, acaba por dificultar a saída dos indivíduos dos seus apartamentos quer pela ausência de elevados, quer pela existência de inúmeras escadas, como falaremos de seguida.

Tabela 24 Tipo de alojamento dos inquiridos

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Casa unifamiliar	46	62,2	42	66,7	44	69,84	132	66,0
Andar	3	4,1	3	4,8	6	9,52	12	6,0
Apartamento	21	28,4	13	20,8	8	12,70	42	21,0
Numa parte da casa c/ cozinha e sanitários	2	2,7	1	1,6	2	3,18	5	2,5
Asas Num quarto	2	2,7	4	6,3	3	4,76	9	4,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Em termos de acessibilidade, a quase totalidade das casas unifamiliares está desprovida de elevador, o que pode vir a condicionar a mobilidade em todos os casos em que tais habitações possuem degraus internos (com um numero mediano de 12, já que o número mínimo de degraus é 0, mas o número máximo é 24). Além dos degraus internos, temos também que referir outra possível barreira arquitetónica que é a existência de degraus externos (cujo o número mediano é de 3, oscilando entre 0 e 15 degraus, no máximo). No que respeita aos andares e apartamentos, a situação que predomina é a existência de elevador (67%), este valor justifica-se pelo facto das freguesias envolvidas no estudo serem urbanas e terem como um dos tipos de habitação, prédios demasiadamente altos.

Passando agora para a análise das condições de conforto dos alojamentos, procurou-se dar atenção, quer às infraestruturas e aos equipamentos do alojamento, quer ao seu estado de conservação. Relativamente à primeira dimensão do conforto – infraestruturas e equipamentos e de acordo com a tabela, de um modo geral, a população reúne as condições básicas de habitação, não se verificando nenhum caso grave de ausência de condições de habitabilidade. No que respeita às instalações sanitárias e de acordo com a tabela 25, 95,0% das habitações dos indivíduos estão equipadas com casa de banho interior. Quanto à rede de saneamento básico, 80% das habitações dos idosos possuem esgotos e 20% têm fossa.

Tabela 25 Infraestruturas e equipamentos

Infraestruturas e equipamentos	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absolute	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Cozinha	72	97,3	60	95,2	56	94,9	188	94,0
Luz	72	97,3	63	100,0	58	98,3	193	96,5
Frigorífico	73	98,6	61	96,8	56	94,9	190	95,0
Microondas	61	82,4	45	71,4	42	71,2	148	74,0
Televisão	73	98,6	61	96,8	57	96,6	191	95,5
Água canalizada	70	94,6	61	96,8	55	93,2	186	93,0
Esgotos	56	75,7	54	90,5	50	79,4	160	80,0
Fossa	18	24,3	9	9,5	13	20,6	40	20,0
Telefone/ Telemóvel	69	93,2	57	90,5	44	74,6	170	85,0
Rádio	61	82,4	50	79,4	44	74,6	155	77,0
Casa de banho interior	72	97,3	60	95,2	58	98,3	190	95,0
Casa de banho exterior	5	6,8	12	19,0	6	10,2	23	11,5
Máquina de lavar roupa	59	79,7	48	76,2	44	74,6	151	75,5

Em termos do estado de conservação das habitações, de um modo geral, os indivíduos têm as suas casas cuidadas e preservadas, como indica a tabela 26. Apesar de termos estado presentes em diversas habitações antigas e de pequena dimensão, as características das mesmas não apresentam grandes danificações. Ainda assim, os problemas relacionados com a existência de infiltrações e humidade existem nas habitações de cerca de 27,6% dos inquiridos. Curiosamente esta situação verifica-se em maior número nas casas dos inquiridos mais velhos quer por estarem sozinhos, quer por não terem saúde e condições financeiras para poderem investir nas requalificações das suas habitações. O fraco isolamento térmico constitui igualmente outra desvantagem: as casas são frias, húmidas, o que acaba por contribuir para problemas de saúde, como alguns indivíduos explicaram.

Podemos concluir assim que as características globalmente positivas que acabamos de constatar contrastam, de algum modo, com a perceção devolvida pelos inquiridos acerca do estado de conservação dos seus alojamentos. Embora com uma incidência menor, o mau estado das paredes é o terceiro problema assinalado por 16,3% dos inquiridos.

Ainda que o estado de conservação dos alojamentos possa ser considerado globalmente adequado, a incidência dos diversos problemas examinados justifica a implementação de ações destinadas a aumentar as condições de conforto da população

idosa do concelho, tanto mais quanto é notória a escassez de sistemas de aquecimento eficazes. O lançamento de um programa de obras para melhorar o conforto e, também, adaptar o alojamento às manifestações de fragilidade e dependência dos indivíduos, constitui seguramente uma das dimensões fundamentais de uma política destinada a manter e fomentar a integração social da população envelhecida. É hoje bem reconhecida a correlação entre deficientes condições de habitação e situações de saúde precária, que conduzem à dependência e ao retraimento social.

Tabela 26 Estado de conservação dos alojamentos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%
Existência de infiltrações e humidade	16	21,6	22	34,9	16	27,1	54	27,6
Mau estado do chão	5	6,8	13	20,6	10	16,9	28	14,3
Mau estado das paredes	7	9,5	12	19,0	13	19,0	32	16,3
Mau estado dos tetos (risco de ruir)	2	2,7	8	12,7	6	10,2	16	8,2
Fraco isolamento térmico	10	24,3	14	22,2	10	16,9	42	21,4

A tabela 27 mostra-nos qual o tipo de serviços existem na área de residência dos inquiridos, analisando os valores que nos mostram a acessibilidade dos inquiridos a uma variedade de equipamentos e serviços. Através destes dados podemos refletir e tentar perceber se os inquiridos, tentam através da frequência a estes serviços, manter relações com outros, contribuindo para a socialização e satisfazendo as necessidades da vida quotidiana.

Relativamente ao meio envolvente a estas três freguesias, são vários os equipamentos e serviços acessíveis e frequentados pelos inquiridos, o que é possível constatar através dos resultados obtidos e expressos na tabela 27. Esta situação era previsível uma vez que se localizam relativamente perto do centro da cidade.

Serviços como o café (96,4%), o supermercado (94,4%) e a igreja (92,3%), são dos serviços disponíveis com maior afluência dos inquiridos. Se analisarmos a tabela, percebemos ainda que a farmácia constitui um serviço utilizado por cerca de 79,6% dos inquiridos, os indivíduos recorrem com frequência a este serviço, uma vez a os problemas relacionados com a ausência de saúde, assim o exigem. O mesmo acontece com o hospital e o centro de saúde, utilizados respetivamente (77% e 55,6%) pelos indivíduos inquiridos.

Todas as freguesias em análise possuem uma rede de transportes públicos, o que permite que cerca de 66,3 % dos inquiridos deles possam usufruir.

Entre os serviços menos referenciados estão os equipamentos culturais, tais como a banda musical, orfeão (1,5%), o teatro (3,6%), a Universidade Sénior (10,7%). Relativamente aos equipamentos favoráveis à atividade física, o ginásio (20,5%) foi mais frequentemente referido do que a piscina (19%).

Tabela 27 Equipamentos e serviços disponíveis na área de residência

Equipamentos e serviços	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Supermercado	70	94,6	60	95,2	57	96,6	187	95,4
Farmácia	54	73,0	54	85,7	48	81,4	156	79,6
Correio	36	48,6	44	69,8	37	62,7	117	59,7
Banco	44	59,5	50	79,4	43	72,9	137	69,9
Acesso a transportes públicos	45	60,8	47	74,6	38	64,4	130	66,3
Café	70	94,6	62	98,4	57	96,6	189	96,4
Biblioteca	21	28,4	15	23,8	5	7,9	41	20,5
Cinema	23	31,1	15	23,8	7	11,1	45	22,5
Teatro	4	5,4	2	3,2	1	1,7	7	3,6
Associação Recreativa	19	25,7	10	15,9	9	15,3	38	19,4
Banda musical, orfeão	1	1,4	0	0,0	2	3,4	3	1,5
Universidade Sénior	6	8,1	7	11,1	8	13,6	21	10,7
Piscina	19	25,7	10	15,9	9	14,3	38	19,0
Igreja	70	94,6	56	88,9	55	93,2	181	92,3
Ginásio	20	27,0	13	20,6	8	13,6	41	20,5
Jardim	37	50,0	39	61,9	31	52,5	107	54,6
Centro social ou paroquial	29	39,2	21	33,3	19	32,2	69	35,2
Hospital	49	66,2	54	85,7	48	81,4	151	77,0
Centro de Saúde	36	48,6	39	61,9	34	57,6	109	55,6

6.2.4. AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA

Analisar o grau de autonomia e dependência dos indivíduos, constitui uma mais-valia para a estruturação de uma resposta como o SAD em que é necessário perceber quais são as necessidades dos indivíduos no seu dia-a-dia e quais os obstáculos que contribuem para o declínio da sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos na aplicação da Escala de Barthel, pretendem medir a perda da independência funcional necessária para cuidar de si próprio, em dimensões como: tomar banho, vestir-se, mover-se no interior da habitação, levantar-se, deslocar-se de uma divisão para a outra, descer e subir escadas, ser continente e alimentar-se. Os níveis de dependência variam, de acordo com o resultado obtido na aplicação da escala. Assim sendo

a dependência total apresenta os valores mais reduzidos (entre 0 e 20), a dependência grave (entre 21 e 60), a dependência moderada (entre 61 e 90), a dependência ligeira (entre 91 e 99). Para os indivíduos que ainda consigam realizar todas as dimensões, reúnem um total de 100 pontos, sendo considerados independentes.

Das informações contidas na tabela 28 ressalta que os indivíduos que se encontram numa situação de dependência total rondam os 16,5%. É na faixa etária mais velha (85 anos) que se encontra o maior número de indivíduos totalmente dependentes. Cerca de 17% dos inquiridos constituem o grupo dos dependentes graves e mais uma vez os idosos mais velhos são os que mais sofrem deste tipo de dependência em comparação com as faixas etárias mais novas. Cerca de 23,0% dos inquiridos encontram-se dependentes, ainda que numa situação moderada. Ainda assim, 38% dos indivíduos encontram-se totalmente independentes. Contrariamente aos tipos de dependência é na faixa etária mais jovem ≤ 79 anos, que se encontram o maior número de indivíduos independentes.

Tabela 28 Escala de Barthel

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Dependência total (0-20)	1	1,3	8	12,7	24	38,1	33	16,5
Dependência Grave (21-60)	3	4,0	11	17,5	20	31,8	34	17,0
Dependência Moderada (61-90)	17	23,0	19	30,2	10	15,8	46	23,0
Dependência Ligeira (91-99)	5	6,8	5	7,9	1	1,6	11	5,5
Independente (100)	48	64,9	20	31,7	8	12,7	76	38,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

A perda da motricidade e de independência, avaliada através da Escala de Barthel, não é a única demonstração de declínio que condiciona o quotidiano dos indivíduos. Ao analisarmos as dimensões que compõe o quotidiano dos indivíduos, importa analisar outro tipo atividades indispensáveis no dia-a-dia, são as chamadas atividades instrumentais da vida diária que são medidas pelo Índice de Lawton e Brody. O seu grau de complexidade é mais elevado, englobam capacidades cognitivas, podendo deixar de ser executadas com segurança, mesmo antes das que são avaliadas na Escala da Barthel. De entre elas destacam-se a realização das tarefas domésticas (higiene da habitação, lavagem da roupa e preparação das refeições), das compras, a utilização dos meios de transporte, do telefone, a gestão da economia quotidiana e a responsabilização pela medicação necessária. A incapacidade para realizar estas atividades, implica o compromisso de terceiros no

acompanhamento diário dos indivíduos.

Esta escala apresenta o valor mínimo de 0 (dependente) e o máximo de 8 (independente). Considerando o grau de dependência total conclui-se da observação dos dados reunidos na tabela nº 29, que cerca de 23% dos indivíduos são dependentes. Os inquiridos da faixa etária mais velha, são os mais dependentes – 49,3%. Quanto à dependência elevada (entre 0 e 2) 36% dos inquiridos sofrem de dependência total ou elevada. A dependência moderada (pontuações compreendidas entre 3 e 5) tem maior impacto nos indivíduos da faixa etária intermédia 80-84 anos – 28,6%.

Tabela 29 Índice de Lawton e Brody

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)	Número absoluto	Percentagem (%)
0 = Dependente	2	2,7	14	22,2	31	49,3	47	23,0
1	2	2,7	6	9,5	8	12,7	16	8,0
2	3	4,1	3	4,8	4	6,3	10	5,0
3	4	5,4	8	12,7	5	7,9	17	8,5
4	3	4,1	7	11,1	4	6,3	14	7,0
5	8	10,8	3	4,8	5	7,9	16	8,0
6	11	14,9	5	7,9	1	1,6	17	8,5
7	17	23,0	12	19,1	3	4,8	32	16,0
8 = Independente	24	32,4	5	7,9	2	3,2	31	15,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

6.2.5. RECURSOS RELACIONAIS

GRAU DE ISOLAMENTO DA POPULAÇÃO ENVELHECIDA

Como referimos na introdução, as informações dos censos de 2011 disponibilizadas pelo INE permitiram apurar que, à escala nacional, 19,8% da população idosa vive só e 39,8% exclusivamente na companhia de outros idosos. Relativamente ao Concelho de Marco de Canaveses, a conclusão a reter do inquérito, é que no seio da população com idades iguais e superiores a 75 anos, as percentagens dos inquiridos cuja vida quotidiana ocorre nestas duas condições verifica-se respetivamente em mais de 21% dos inquiridos (vivem sós) e em 24% dos inquiridos que vivem exclusivamente com o cônjuge, isto é, com outro idoso (tabela 30). Pode dizer-se que a percentagem dos que vivem sós no Marco é ligeiramente superior à média nacional, embora a percentagem dos que vivem na companhia exclusiva de outros idosos seja bastante inferior à percentagem nacional.

Quando aos inquiridos que vivem com filhos, podemos distinguir as seguintes situações – viver só com filho(s) 22%, viver com o conjuge e filho(s) (7%), viver só com filho casado com ou sem filhos (7,5%) e viver com cônjuge e com filho casado com ou sem filhos - 4,5%.

Tabela 30 Composição do grupo doméstico por grupos etários (%)

Agregado	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Vive só	18	24,30	13	19,4	11	18,8	42	21,00
Vive só com cônjuge	28	37,80	15	24,2	5	7,8	48	24,00
Vive só com filho(s)	10	13,50	11	17,7	23	35,9	44	22,00
Vive com cônjuge e filho(s)	10	13,50	4	6,5	0	0,0	14	7,00
Vive só com filho casado com ou sem filhos	1	1,40	8	12,9	6	9,4	15	7,50
Vive com cônjuge e com filho casado com ou sem filhos	4	5,40	2	3,2	3	4,7	9	4,50
Vive só com neto(s)	0	0,00	2	3,2	1	1,6	3	1,50
Vive com cônjuge e neto(s)	0	0,00	1	1,6	0	0,00	1	0,50
Vive só com outros familiares	2	2,70	5	8,1	7	10,9	14	7,00
Vive com cônjuge e com outros familiares	0	0,00	0	0,0	1	1,6	1	0,50
Vive só com outra(s) pessoa(s) sem ser familiares	1	1,40	2	3,2	6	9,3	9	4,50
Vive com cônjuge e com outra(s) pessoa(s) sem ser familiares	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,00
Total	74	100,00	63	100,00	63	100,00	200	100,00

Atualmente o crescimento dos indivíduos que se encontram a viver sozinhos ou somente com outra pessoa idosa, geralmente o cônjuge, constitui um dos indícios dos mais velhos viverem o dia-a-dia afastados dos membros das outras gerações. Nem sempre os familiares diretos estão presentes na vida destes indivíduos e, mesmo existindo família não significa que os idosos possam contar com os seus familiares no seu dia-a-dia.

Cerca de 81,5% dos inquiridos tem filhos, tal como nos mostra a tabela 31. A mediana de filhos corresponde a 4, sendo de 5 nos inquiridos mais velhos (tabela 32).

Tabela 31 População envelhecida com filhos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%	N.º absoluto	%
Não	13	17,6	12	19,0	12	19,1	37	18,5
Sim	61	82,4	51	81,0	51	80,9	163	81,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Tabela 32 Mediana de filhos

Idade			
≤79 anos	80 – 84 anos	≥85 anos	Total
4	3	5	4

Sendo o Marco um concelho de emigrantes, apuramos igualmente junto dos inquiridos a existência de filhos emigrados. Cerca de 31% dos inquiridos afirmaram ter filhos emigrados (tabela 33).

Tabela 33 Inquiridos com filhos emigrantes

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	54	73,0	41	65,0	43	68,3	138	69,0
Sim	20	27,0	22	35,0	20	31,7	62	31,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Analisando a existência de filhos importa perceber se estes residem próximos dos seus pais. A tabela 34, mostra-nos que a distância a que vive o filho mais próximo é menor que 1Km para cerca de 31,3% dos inquiridos. Embora este aspeto constitua uma vantagem no quotidiano dos idosos, o mesmo não significa que o filho que mora mais próxima corresponde ao que presta mais apoio ao idoso.

Tabela 34 Distância a que vive o filho mais próximo

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
≤ 1 km	19	31,1	17	33,3	15	29,4	51	31,3
2 – 5 km	10	16,4	11	21,6	8	15,7	29	17,8
6 – 10 km	7	11,5	3	5,9	0	0,0	10	6,1
11 – 20 km	14	23,0	6	11,7	11	21,6	31	19,0
> 20 km	11	18,0	14	27,5	17	33,3	42	25,8
Total	61	100,0	51	100,0	51	100,0	163	100,0

Tal como mostra a tabela 35, o filho mais próximo é aquele com quem o idoso pode contar, sendo que 33,7% dos inquiridos responderam à questão se o filho que reside mais próximo é o que lhe presta mais apoio negativamente.

Nos casos em que o filho que presta mais apoio ao idoso não é aquele que vive mais próximo é, como se pode constatar pela tabela 36, muito variável a distância a que este vive, sendo que os resultados estão bastante distribuídos. Contudo, as respostas que reuniram maior consenso entre os inquiridos fora “menos de 1 Km” e “mais de 20 Km”, o que mostra há uma grande percentagem de idosos que moram a mais de 20 km do filho que lhe presta mais apoio (33,3%).

Tabela 35 O filho que reside mais próximo é o que presta mais apoio?

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	Percentagem (%)	N.º absoluto	%
Sim	40	65,6	32	62,7	36	70,6	108	66,3
Não	21	34,4	19	37,3	15	29,4	55	33,7
Total	61	100,0	51	100,0	51	100,0	163	100,0

Tabela 36 Distância a que vive o filho que lhe presta mais apoio

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
< 1 Km	6	15,0	4	12,4	13	36,1	23	21,3
1 – 5 Km	2	5,0	7	21,9	5	13,8	14	13,0
6 – 10 Km	3	7,5	3	9,4	10	27,8	16	14,8
11 – 20 Km	10	25,0	7	21,9	2	5,6	19	17,6
> 20 Km	19	47,5	11	34,4	6	16,7	36	33,3
Total	40	100,0	32	100,0	36	100,0	108	100,0

Ainda relacionado com o suporte e presença dos filhos, tentamos perceber em concreto se os inquiridos podem mesmo contar com os seus filhos e em que tarefas/atividades estes os auxiliam. Assim sendo e observando a tabela 37, consideramos que 1 corresponde a “sempre”, 2 “muitas vezes”, 3 “algumas vezes”, 4 “poucas vezes” e 5 “nunca”. Na tabela, destacam-se os números 3 “algumas vezes” e 4 “poucas vezes” – em

aspectos como acompanhar o idoso a uma consulta médica, fazer compras com ele, conversar, almoçar ou jantar e ficar com ele durante a noite. O valor 3 correspondente a “algumas vezes” foi apontado maioritariamente nos campos relacionados com – conversar consigo, ir buscá-lo para passar o fim-de-semana, partilhar momentos festivos, tratar da sua higiene, preparar as suas refeições e ficar consigo durante a noite se se sentir adoentado. Todos estes valores mostram que os filhos nem sempre se encontram dispostos a auxiliarem os seus pais e a estarem presentes nas suas vidas.

Tabela 37 Frequência com que pode contar com os filhos para a realização de atividades

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Acompanhá-lo(a) a uma consulta médica	4	4	4	4
Fazer compras consigo	4	3	4	4
Dar um passeio consigo	4	4	4	4
Conversar consigo	2	3	3	3
Buscá-lo/a para passar o fim-de-semana na casa dele/a	4	3	4	3
Partilhar momentos festivos (Natal, Páscoa, aniversário)	3	3	3	3
Almoçar ou jantar juntos	3	4	4	4
Tratar da sua higiene pessoal	3	3	3	3
Preparar as suas refeições	3	3	4	3
Limpar e arrumar a sua casa	3	3	4	3
Ficar consigo durante a noite se se sentir adoentado	4	4	4	4

Na realização do inquérito tentamos ainda perceber se os idosos sentem que os seus filhos lhe dão importância (tabela 38). Assim sendo definimos o grau de importância (1, “Nenhuma”; 2, “Muito Pouca”; 3, “Pouca”; 4, “Alguma”; 5, “Muita”). As respostas apontadas pelos inquiridos remetem para o grau 3 “pouca importância”, sendo este o sentimento que prevalece, principalmente nas faixas etárias mais velhas.

Tabela 38 Grau de importância que sentem que os filhos lhes dão

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Sente que os seus filhos lhe dão importância	4	3	3	3
Sente que têm compreensão pelas suas necessidades	4	3	3	3
Sente que têm preocupação em lhe proporcionar prazer e bem-estar	3	3	3	3

Nas próximas tabelas analisamos a existência e presença dos netos dos inquiridos. A tabela 39 mostra-nos que 74% dos inquiridos possuem netos. Quanto à mediana de netos, a tabela 40 aponta para 5 netos. Existem no entanto 26% de idosos que não têm netos.

Tabela 39 População envelhecida com netos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	18	24,3	20	31,7	14	22,2	52	26,0
Sim	56	75,7	43	68,3	49	77,8	148	74,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Tabela 40 Mediana de netos dos inquiridos

Idade			
≤79 anos	80 – 84 anos	≥85 anos	Total
5	4	6	5

Quanto à presença dos netos no dia-a-dia - 70,9% dos inquiridos afirmaram que os netos não são uma figura presente nas suas vidas. Por outro lado - 29,1% estão com os seus netos com frequência (tabela 41).

Tabela 41 População com netos presentes no dia-a-dia

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	44	78,6%	31	72,1	30	61,2%	105	70,9%
Sim	12	21,4%	12	27,9	19	38,8%	43	29,1%
Total	56	100,0	43	100,0	49	100,0	148	100,0

No caso de poder contar com os netos para a realização de atividades do quotidiano, acompanhar o idoso nas saídas de casa, entre outros aspetos, na tabela 42 podemos analisar concretamente esta situação. Em dimensões como – acompanhá-lo a uma consulta médica, fazer compras consigo, almoçar ou jantar consigo, os inquiridos referiram poder contar algumas vezes (3) com os seus netos. Noutro tipo de dimensões, como conversar consigo, partilhar momentos festivos... os inquiridos afirmaram maioritariamente que poucas vezes ocorre (4). No entanto na dimensão – ficar consigo durante a noite se sentir adoentado, os inquiridos apontam para muitas vezes (2).

De uma maneira geral e observando a tabela, alguns dos inquiridos podem contar sempre (1) com os seus netos, para dinâmicas relacionadas com a higiene pessoal e da casa.

Tabela 42 Frequência com que pode contar com os netos para a realização de atividades

	Idade			Total
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	
Acompanhá-lo(a) a uma consulta médica	3	2	3	3
Fazer compras consigo	3	2	3	3
Dar um passeio consigo	4	3	3	3
Conversar consigo	4	4	3	4
Buscá-lo/a para passar o fim-de-semana na casa dele/a	3	2	1	2
Partilhar momentos festivos (Natal, Páscoa, aniversário)	4	4	3	4
Almoçar ou jantar juntos	4	3	3	3
Tratar da sua higiene pessoal	3	1	1	2
Preparar as suas refeições	3	3	4	3
Limpar e arrumar a sua casa	3	1	1	2
Ficar consigo durante a noite se se sentir adoentado	4	2	2	3

No que respeita ao grau de importância que os inquiridos consideram ter na vida dos seus netos, a tabela 43 aponta para – alguma importância (4). No entanto nos dois restantes parâmetros, os inquiridos atribuíram 3 - pouca importância.

Tabela 43 Grau de importância que sentem que os netos lhes dão

	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Sente que os seus netos lhe dão importância	4	4	4	4
Sente que têm compreensão pelas suas necessidades	4	3	3	3
Sente que têm preocupação em lhe proporcionar prazer e bem-estar	4	3	3	3

Relativamente às relações com outros familiares próximos, o inquérito permitiu apurar que este tipo de interações continua a verificar-se: 58,8% dos inquiridos responderam positivamente à pergunta relativa à existência de outros familiares próximos (tabela 44). Todavia, importa realçar que se trata fundamentalmente de indivíduos próximos em termos geracionais. São sobretudo irmãos 31,5% e sobrinhos 30% (tabela 45).

Tabela 44 População envelhecida com familiares próximos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	23	31,1	25	39,7	36	57,1	84	42,0
Sim	51	68,9	38	60,3	27	42,9	116	58,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Tabela 45 Grau de parentesco dos familiares mais próximos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Irmão (ã)	35	47,3	21	33,3	7	11,1	63	31,5
Cunhado (a)	20	27,0	16	25,4	6	9,5	42	21,0
Sobrinho (a)	18	24,3	25	39,7	17	27,0	60	30,0
Outro	5	6,8	2	3,2	5	7,9	12	6,0

Apesar de 58% dos inquiridos referirem a existência de outros familiares próximos e indicarem qual deles está mais presente no seu dia-a-dia, o aprofundamento da informação sobre o conteúdo das interações com este familiar demonstra que, na realidade, as expectativas no que respeita ao seu contributo para os auxiliar na realização de tarefas e atividades do quotidiano são reduzidas (os valores medianos situam-se entre 3 e 2 e 1, consoante os parâmetros em análise). Ressaltando que o nível 3 corresponde a “poucas

vezes”, 2 a “muito poucas vezes” e 1 “nenhuma”.

Tabela 46 Frequência com que pode contar com os outros familiares para a realização de atividades

	Idade			Total
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	
Acompanhá-lo(a) a uma consulta médica	3	3	3	3
Fazer compras consigo	3	3	1	3
Dar um passeio consigo	3	3	3	3
Conversar consigo	4	4	4	4
Buscá-lo/a para passar o fim-de-semana na casa dele/a	3	2	1	2
Partilhar momentos festivos (Natal, Páscoa, aniversário)	4	3	3	3
Almoçar ou jantar juntos	3	3	3	3
Tratar da sua higiene pessoal	3	1	1	2
Preparar as suas refeições	2	1	1	1
Limpar e arrumar a sua casa	2	1	2	2
Ficar consigo durante a noite se se sentir adoentado	2	3	2	2

Sobre a importância que os inquiridos consideram que possuem para os seus familiares próximos, estes avaliam-na com o grau 4, o que corresponde a “alguma importância” (tabela 47).

Tabela 47 Grau de importância que sentem que os outros familiares lhes dão

	Idade			Total
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	
Sente que os seus familiares lhe dão importância	4	4	4	4
Sente que têm compreensão pelas suas necessidades	4	4	4	4
Sente que têm preocupação em lhe proporcionar prazer e bem-estar	4	4	4	4

Em muitas situações, os vizinhos ou amigos próximos constituem o único apoio que os idosos possuem. Na maioria dos casos justifica-se, pelo facto de viverem próximos e de conhecerem as rotinas, problemas e obstáculos dos indivíduos. São os vizinhos que, muitas

vezes desempenham o papel dos filhos e familiares. Tal como nos mostra a tabela 48 cerca de 58,8% dos inquiridos responderam afirmativamente à pergunta sobre a existência de amigos/ vizinhos próximos.

Tabela 48 População envelhecida com amigos/vizinhos próximos

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absolute	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	32	43,2	29	46,0	22	34,9	83	41,5
Sim	42	56,8	34	54,0	41	65,1	117	58,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Na tabela 49 tentamos perceber se os idosos inquiridos possuem este tipo de retaguarda no dia-a-dia. De facto cerca de 62,4% dos inquiridos afirmaram contar com os seus amigos/vizinhos próximos no dia-a-dia, situação que comprava mais uma vez a existência de retaguarda por parte da vizinhança.

Tabela 49 População envelhecida com amigos/vizinhos próximos e presentes no dia-a-dia

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absolute	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%
Não	16	38,1	13	38,2	15	36,6	44	37,6
Sim	26	61,9	21	61,8	26	63,4	73	62,4
Total	42	100,0	34	100,0	41	100,0	117	100,0

Na questão relativa à frequência com que os inquiridos podem contar com os seus amigos/vizinhos, de um modo geral os inquiridos apontaram – poder contar algumas vezes (3) com os seus vizinhos em questões como “Dar um passeio consigo”, “conversar consigo”, por exemplo. O nível (4) – poucas vezes também se aplica em algumas dimensões como – “Partilhar momentos festivos”, “tratar da sua higiene pessoal”. Em dimensões como – “ficar consigo durante a noite” e “preparar as suas refeições”, os inquiridos apontaram o nível (5) que corresponde a nunca (tabela 50).

Tabela 50 Frequência com que pode contar com os amigos/vizinhos para a realização de atividades

Amigos/Vizinhos	Idade			Total
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	
Acompanhá-lo(a) a uma consulta médica	2	1	3	2
Fazer compras consigo	2	3	1	2
Dar um passeio consigo	3	3	3	3
Conversar consigo	3	3	3	3
Buscá-lo/a para passar o fim-de-semana na casa dele/a	5	5	5	5
Partilhar momentos festivos (Natal, Páscoa, aniversário)	4	4	4	4
Almoçar ou jantar juntos	3	3	4	3
Tratar da sua higiene pessoal	5	4	4	4
Preparar as suas refeições	5	5	5	5
Limpar e arrumar a sua casa	4	4	3	4
Ficar consigo durante a noite se se sentir adoentado	6	5	5	5

Quanto ao grau de importância que consideram ter na vida dos seus amigos/vizinhos, prevalece o nível (4) que corresponde a “alguma importância”, informação apresentada na tabela 51.

Tabela 51 Grau de importância que sentem que os amigos/vizinhos lhes dão

	Idade			Total
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	
Sente que os seus filhos lhe dão importância	4	4	4	4
Sente que têm compreensão pelas suas necessidades	4	4	4	4
Sente que têm preocupação em lhe proporcionar prazer e bem-estar	4	4	4	4

6.3. MODOS DEVIDA NA REFORMA

Na tabela 52 e, atendendo a um dos aspetos que visamos analisar com este estudo - o retraimento social, tentamos perceber que tipo de interações ocorrem entre os inquiridos e

os locais que frequentam.

Numa escala de 1 a 6, em que 1 representa um contacto diário e 6 a ausência total de contacto, percebemos através dos valores, que os lugares mais frequentados pelos indivíduos são a igreja – 2, receber visitas do padre -2 e ir ao jardim- 2.

Contudo, os locais mais frequentados variam de acordo com a faixa etária, sendo que, como seria de esperar, os inquiridos mais novos, apresentam um maior contacto com os diferentes locais.

Tabela 52 Locais frequentados pelos idosos

Locais Frequentados	Idade			
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos	Total
Café	1	1	3	2
Igreja	1	1	2	1
Ser visitado pelo padre	2	2	1	2
Visitar amigos	2	3	3	3
Visitar pessoas doentes	1	1	4	3
Centro de Saúde	2	3	4	3
Fisioterapia	2	3	3	3
Associação Recreativa	1	2	3	3
Jardim	1	2	3	2

Na tabela 53 podemos analisar a questão relativa às atividades a que os inquiridos se dedicam com maior frequência. Estes dados ajudam-nos a conhecer as rotinas dos inquiridos, bem como os seus interesses em ocuparem o seu tempo. Esta questão é igualmente interessante, uma vez que pretendemos alargar o SAD a outros domínios de intervenção. Dar atenção aos gostos e preferências, em termos de ocupação dos inquiridos irá ajudar-nos na definição de atividades que podem fazer parte integrante deste serviço.

Deste modo, verificamos que 19,5% dos inquiridos dedicam grande parte do seu tempo às tarefas domésticas – tratar da casa, cozinhar etc., seguidamente – ver televisão com 18%, a televisão constitui para muitos dos inquiridos uma mais-valia, pois funciona como uma companhia no caso de se encontrarem sós. Muito do tempo destes indivíduos é passado a ver televisão, facto que comprovamos por diversas vezes nas visitas aos domicílios. Uma outra atividade que os inquiridos desenvolvem com regularidade – jogar às cartas, dominó, xadrez..., 11,5% dos inquiridos afirmaram que se distraem ocupando o

tempo neste tipo de jogos, por vezes praticados em família ou com os amigos/vizinhos.

Tabela 53 Atividade a que os inquiridos dedicam mais tempo

Atividade a que dedica mais tempo	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absolute	%	N.º absolute	%	N.º absolute	%	N.º absolute	%
Tarefas domésticas	26	35,1	9	14,3	4	6,3	39	19,5
Atividade que exerceu na sua vida profissional	3	4,1	0	0,0	0	0,0	3	1,5
Tratar do jardim/ da horta e/ou criar animais	9	12,2	7	11,1	4	6,3	20	10,0
Tratar de animais de estimação	2	2,7	1	1,6	0	0,0	3	1,5
Passear/ Caminhar	10	13,4	5	7,9	3	4,8	18	9,0
Fazer reparações	2	2,7	3	4,8	1	1,6	6	3,0
Cuidar dos filhos e/ou netos	6	8,1	5	7,9	3	4,8	14	7,0
Encontrar-se com amigos e/ou vizinhos	2	2,7	2	3,2	1	1,6	5	2,5
Ver televisão	4	5,4	9	14,3	23	36,5	36	18,0
Jogar às cartas, dominó, xadrez, etc	6	8,1	4	6,3	13	20,6	23	11,5
Trabalhos manuais	1	1,4	8	12,7	9	14,3	18	9,0
Outra	3	4,1	10	15,9	2	3,2	15	7,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

A tabela 54 permite constatar que 70,5% dos inquiridos expressa o desejo de participar numa atividade útil após a reforma. De acordo com a informação que consta na tabela 55, 29,5% dos inquiridos mostra vontade de prestar apoio a pessoas dependentes, 23,5% gostaria de fazer companhia a doentes internados no hospital e a 19,5% dos inquiridos agradaria participar na criação de associações destinadas a defender pessoas doentes, deficientes e pobres. Estes resultados mostram o carácter solidário e voluntário da população mais velha.

Tabela 54 Desejo de participar numa atividade útil após a reforma

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absolute	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	12	16,2	19	30,2	28	44,4	59	29,5
Sim	62	83,8	44	69,8	35	55,6	141	70,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Tabela 55 Tipo de atividades úteis que gostariam de realizar

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absolute	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absolute	%
Ajudar crianças na realização dos trabalhos de casa	16	21,6	4	6,3	9	14,3	29	14,5
Acompanhar crianças na ida para a escola e para outras atividades extraescolares	19	25,7	7	11,1	5	7,9	31	15,5
Organizar os momentos de lazer de crianças	15	20,3	8	12,7	8	12,7	31	15,5
Fazer companhia a doentes internados no hospital	21	28,4	16	25,4	10	15,9	47	23,5
Acompanhar pessoas às consultas	14	18,9	7	11,1	9	14,3	30	15,0
Participar na criação de equipamentos de lazer e de cultura destinados à infância, à juventude e adultos	12	16,2	13	20,6	7	11,1	32	16,0
Organizar equipamentos de apoio ao estudo para crianças sem retaguarda familiar	6	8,1	6	9,5	3	7,9	15	7,5
Participar na constituição de associações de moradores	6	8,1	2	3,2	1	1,6	9	4,5
Participar na gestão do condomínio	3	4,1	0	0,0	2	3,2	5	2,5
Apoio a cooperativas, associações, pequenas empresas que investem na criação de empregos na comunidade em que reside	15	20,3	10	15,9	6	9,5	31	15,5
Participar em ações de proteção do ambiente e da natureza	5	6,8	8	12,7	4	6,3	17	8,5
Participar em campanhas de recolha de fundos para associações existentes no concelho	13	17,6	3	4,8	6	9,5	22	11,0
Participar na criação de associações destinadas a defender pessoas doentes, deficientes, pobres	17	23,0	14	22,2	8	12,7	39	19,5
Apoiar pessoas dependentes	30	40,5	15	23,8	14	22,2	59	29,5
Outra	6	8,1	5	7,9	2	3,2	13	6,5

1.6 Acesso aos serviços de saúde e satisfação dos utilizadores

A tabela 56 dá-nos informações relativas aos serviços de saúde que os utentes optam por recorrer em caso de doença e /ou problemas de saúde. O centro de saúde foi o serviço que obteve uma percentagem maior: 50% dos inquiridos optam por se deslocarem a este serviço. É ao centro de saúde que os indivíduos recorrem sempre que necessitam de se consultarem com o médico de família. Seguidamente os inquiridos afirmaram recorrer ao

hospital público (20%). Embora na cidade do Marco não exista um hospital público, os indivíduos recorrem com frequência ao centro hospitalar Padre Américo em Penafiel. A clínica ou hospital privado surge na terceira posição com 16,0% dos inquiridos. E, por fim o médico particular, cerca de 14,0% dos inquiridos recorrem a este serviço.

Tabela 56 Serviços a que os inquiridos recorrem em caso de problema de saúde

	Idade							
	≤ 79 anos		80 – 84 anos		≥ 85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	Percentagem (%)	N.º absoluto	%
Centro de Saúde	41	55,4	27	43,0	32	50,8	100	50,0
Hospital público	9	12,2	17	27,0	14	22,2	40	20,0
Clínica/ Hospital privado	15	20,2	9	14,2	8	12,7	32	16,0
Médico particular	9	12,2	10	15,8	9	14,3	28	14,0
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

No conjunto desta população em que os reformados predominam largamente, os motivos mais referidos pelos quais os inquiridos recorrem aos serviços de saúde são: a doença (81,6 % da totalidade das respostas obtidas), seguindo-se a consulta de rotina (60,7%) e a consulta de urgência (56,6%), tal como observado na tabela 57.

Tabela 57 Motivos pelos quais os inquiridos recorrem aos serviços de saúde

Motivos pelos quais recorre ao serviço de saúde	Percentagem (%)
Doença	81,6
Consulta de rotina	60,7
Consulta de urgência	56,6%
Renovação de receitas médicas	52,0%
Tratamento	21,9%
Baixa/atestado	13,3
Doença de um familiar	0,5%
Outra razão	4,6%

Passando agora à avaliação da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde mais utilizados (Centro de Saúde e Centro Hospitalar) a conclusão a tirar da tabela 58 é que os níveis medianos de satisfação relativamente à maioria dos itens são elevados. Sendo que

quase todos alcançam o nível 4, equivalente a “satisfeito”. As únicas exceções dizem respeito às despesas associadas às consultas no Centro de Saúde e aos gastos em medicação. Nestes dois itens os inquiridos atribuíram os níveis 2 “insatisfeito” e 3 “nem insatisfeito, nem satisfeito”.

Tabela 58 Nível de satisfação dos inquiridos com os serviços de saúde mais frequentados

	Idade		
	≤ 79 anos	80 – 84 anos	≥ 85 anos
Tempo de espera - Centro Hospitalar	4	3	4
Atendimento prestado - Centro Hospitalar	4	4	4
Custo - Centro Hospitalar	3	3	2
Tempo de espera - Centro de Saúde	4	4	4
Atendimento prestado - Centro de Saúde	4	4	3
Custo - Centro de Saúde	2	2	3

7. NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DOS IDOSOS EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO: A BASE DO DESENHO DE UM SAD INOVADOR

Uma vez que neste projeto tivemos a oportunidade de realizar um inquérito junto dos indivíduos mais velhos, tornou-se pertinente percebermos o que esperam estes de um serviço como o SAD. Sendo os indivíduos inquiridos, os possíveis utilizadores deste serviço e uma vez que se pretende criar uma resposta inovadora, tornou-se uma mais valia tomar conhecimento das suas perceções, relativamente aos serviços que esperam do SAD. Atendendo às suas necessidades, problemas e potencialidades, que devem ser tidas em conta na estruturação dos serviços, de modo a podermos estender o SAD a outros domínios de intervenção, para além dos que classicamente são oferecidos por este tipo de resposta social. Como tal, incluímos no inquérito um campo relacionado com as – expetativas da população idosa face a este serviço.

Primeiramente tentou-se perceber que respostas sociais existem neste território, bem como a afluência dos idosos a estas respostas e aos serviços sociais em geral. Um dos critérios que nos leva a pensar na criação do SAD, prende-se com a ausência deste serviço no território que sinalizamos inicialmente. Tal como já constatamos, a percentagem de idosos que usufrui deste serviço – 2,0% -, é bastante reduzida. O SAD existe em poucas

freguesias do concelho e nas mais distantes da área geográfica em estudo, o que dificulta o acesso da população idosa deste território a este tipo de serviço. A única instituição para idosos que se localiza neste território, é o lar da Santa Casa da Misericórdia que, embora tenha capacidade para 60 utentes, encontra-se lotado e com uma extensa lista de espera.

Das diversas necessidades dos idosos que constituíram a nossa amostra, percebemos que estamos perante um grupo de indivíduos com características heterogéneas. No entanto, existe um importante fator que todos eles têm em comum: grande parte das suas vidas e do seu quotidiano remete-se ao espaço das suas habitações. Este é o ponto de partida para o serviço que desejamos criar. Embora o SAD constitua um serviço que vai ao encontro dos idosos nas suas habitações, auxiliando-os na sua higienização e na da habitação, no tratamento de roupas e/ou na entrega da refeição, consideramos que muito mais se poderá fazer, sendo o SAD um serviço móvel. Se, por um lado, possui a vantagem dos indivíduos não necessitarem de sair de casa, por outro, acaba por confiná-los unicamente ao seu lar. Após termos presenciado o quotidiano destes idosos, percebemos que existem outro tipo de necessidades que o SAD não abrange, nomeadamente quando essas necessidades obrigam a que o indivíduo saia de casa e se desloque a outros locais. Uma vez que, estes indivíduos nem sempre podem contar com os seus filhos, netos ou outros familiares, denota-se a ausência de uma figura que os auxilie na resolução de conflitos e problemas do dia-a-dia. Em muitos casos, acabam por ser os vizinhos ou amigos a auxiliarem o idoso. É neste sentido e, a nosso ver, que o SAD pode ser inovador, a equipa que irá desenvolver o serviço, deverá ser capaz de dar respostas e oferecer serviços que se estendam a outros campos, tal como será explicado no decorrer desta exposição.

Ainda que a maioria dos inquiridos possua alguma retaguarda familiar, facilitada pela distância encurtada entre as suas habitações e as dos filhos, familiares próximos e/ou vizinhos, existe ao mesmo tempo uma percentagem de idosos que não usufrui deste apoio. Aquando da realização dos inquéritos apercebemo-nos que, em grande parte do dia, os muitos idosos encontravam-se sós: quer pelos filhos se ausentarem para trabalhar e só regressarem no final do dia, quer pelos vizinhos estarem ocupados nas suas rotinas diárias. O isolamento social e a solidão existem nesta comunidade e facilmente nos apercebermos desta realidade.

Contudo, não podemos esquecer que o envelhecimento é vivido de forma diferenciada pelos indivíduos e também neste estudo conhecemos idosos com diferentes necessidades. A dependência está presente em algumas situações, em que os idosos se

encontram fragilizados, doentes e totalmente dependentes de cuidados específicos. Deparamo-nos também com indivíduos cuja idade avançada se resume a um número, indivíduos saudáveis, independentes e cujo afastamento da atividade profissional, os levou a retraírem-se e afastarem-se gradualmente da esfera social.

Refletir sobre a pertinência do SAD e ter conhecimento da vulnerabilidade das condições de existência dos mais velhos, atendendo aos fenómenos de segregação e de isolamento social, fará com que as instituições se possam reorganizar para alterar esta realidade através da suas políticas institucionais e das práticas dos seus profissionais. Neste sentido e com a realização do inquérito que funcionou como instrumento na recolha de dados junto dos indivíduos, tínhamos como objetivo conhecer as perspetivas dos idosos, face a um serviço que nascerá partindo da identificação efetiva das necessidades e dos problemas daquela população. Escutarmos os possíveis beneficiários do SAD, presenciarmos a realidade em que vivem, atendendo à importância extrema da realização do diagnóstico das suas necessidades, irá determinar as áreas de atuação do SAD. A inovação deste SAD passa por alargarmos o leque de serviços que ele pode oferecer aos seus utilizadores, abrangendo outros domínios para além do clássico “banho e marmita”. Tal serviço deverá ser implementado com o recurso ao trabalho de uma equipa multidisciplinar, apoiada num programa de voluntariado, auxiliando e envolvendo os próprios indivíduos idosos na resolução dos seus próprios problemas.

Inicialmente tentou-se perceber qual a solução que os inquiridos consideram mais adequada para si, em caso de incapacidade e após perderem as capacidades para cuidarem deles próprios. A tabela 59 mostra que no caso de perda de capacidades e de cuidar de si sozinhos, permanecer na própria casa e contratar serviços de apoio domiciliário é a opção preferida por grande parte dos inquiridos (33,5%). O internamento num lar/residência é a segunda opção de escolha com 23,5%. A hipótese mais rejeitada pelos inquiridos prende-se com a possibilidade de recorrer a uma família de acolhimento. Os inquiridos apontam sempre o domicílio como o lugar de preferência para viver o seu processo de envelhecimento, o que realça a importância de um serviço de apoio domiciliário, inexistente, como já referido, nesta zona do concelho.

Tabela 59 Solução que os inquiridos consideraram mais adequada para si em caso de incapacidade para cuidar de si

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
O internamento num lar/residência	14	18,9	12	19,0	21	33,3	47	23,5
A frequência diária de um centro de dia	14	18,9	11	17,5	5	8,8	30	15,0
Permanecer na sua própria casa e contratar serviços de apoio no domicílio	27	36,5	25	39,7	15	23,9	67	33,5
Residir com um familiar e receber serviços de apoio no domicílio	9	12,2	8	12,6	10	15,9	27	13,5
Ficar durante o dia na sua casa mas passar a noite num lugar em que conte com o apoio de profissionais	6	8,1	2	3,2	9	14,3	17	8,5
Viver num apartamento de um conjunto residencial com serviço de apoio	1	1,4	2	3,2	0	0,0	3	1,5
Viver numa família de acolhimento	3	4,0	3	4,8	3	4,8	9	4,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

No caso de não poderem contar presencialmente com os seus familiares, segundo os resultados obtidos e representados na tabela 60, os inquiridos mostram que gostariam de usufruir de um acompanhamento direto de profissionais, principalmente para os acompanhar a consultas médias (59,5%). Uma outra razão para esta opção é o facto de os inquiridos desejarem companhia para conversar (51%). Contar com alguém para sair e passear, constitui igualmente uma das razões mais apontadas pelos inquiridos (48%). Ora, todas estas razões revelam que os indivíduos temem a solidão e o facto de não terem quem os acompanhe nas atividades do dia-a-dia.

Tabela 60 Razões pelas quais, no caso de ausência de familiares, os inquiridos gostariam de ter a presença de alguém

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
O/a acompanhe para sair de casa e passear	43	58,1	27	42,9	26	41,3	96	48,0
O/a acompanhe quando precisa de realizar uma compra	35	42,3	28	44,4	17	27,0	81	40,5
O/a acompanhe para visitar vizinhos e amigos	23	31,1	16	25,4	11	17,5	50	25,0
Venha regularmente ler o jornal ou um livro	16	21,6	14	22,2	12	19,1	42	21,0
Venha conversar diariamente consigo	37	50,0	27	42,9	38	60,3	102	51,0
O/a acompanhe às consultas médicas	44	59,5	33	52,4	42	66,7	119	59,5
Lhe possibilite o acesso regular a uma atividade do seu interesse e que aumente os seus conhecimentos	14	18,9	9	14,3	9	14,3	32	16,0
Permaneça na sua casa durante a noite quando se sente adoentado ou mais cansado	35	47,3	24	38,1	33	52,4	92	46,0
Possa ajudar para efetuar as compras necessárias para o dia-a-dia	37	50,0	24	38,1	21	33,3	82	41,0
O leve a assistir regularmente a filmes, concertos, serviços religiosos, etc.	19	25,7	17	27,0	10	15,9	46	23,0

Esta é a base para o nosso projeto de intervenção. Partindo do diagnóstico que identifica este tipo de necessidades, o SAD inovador deve apostar sobretudo em colocar mais indivíduos no terreno, de modo a realizarem um acompanhamento mais diversificado e atento junto dos indivíduos. A saúde fragilizada dos idosos obriga a que estes recorram frequentemente aos serviços de saúde, tal como já foi indicado: o centro de saúde constitui um dos serviços com maior afluência dos inquiridos. O que faz com que este parâmetro se torne numa necessidade para os indivíduos é a ausência de alguém que os possa acompanhar a consultas e tratamentos. Verificamos no contacto que estabelecemos com os inquiridos que, em muitos casos, os idosos deslocam-se sozinhos ao médico e que acabam por ter dificuldades em comunicarem e expressarem-se, o que dificulta posteriormente a administração da medicação, por exemplo. Os idosos tomam a medicação mas não sabem explicar os problemas de saúde que possuem. Deparamo-nos com situações claras em que os indivíduos trocam a medicação, sendo que noutros casos se automedicam sem qualquer aconselhamento médico. Ora, esta é sem dúvida uma das grandes necessidades que o SAD pode colmatar, através de um acompanhamento constante e presente na vida destes indivíduos. Ter profissionais que auxiliem os idosos na toma da medicação prescrita pelos profissionais do centro de saúde será uma outra aposta para a equipa do SAD. Existem atualmente técnicas que solucionam a administração correta da medicação – o *medical care* ou as caixas de divisão dos medicamentos que ajudam à organização dos mesmos.

A segunda maior necessidade – possuir companhia para conversar -, reforça a necessidade de criar uma resposta inovadora no âmbito dos cuidados ao domicílio. De facto, e no contacto que estabelecemos com os inquiridos, constamos que, embora não se encontrem isolados territorialmente, em diversos casos muitos idosos passam grande parte dos seus dias completamente sozinhos e fechados no interior das suas habitações. A única companhia que possuem é a televisão e o telefone e que, em alguns casos, não dominam todos os procedimentos para a sua utilização. Importa aqui analisar alguns aspetos que contribuem para a solidão destes indivíduos. Apesar de, como já analisamos, possuírem família - filhos, netos ou outros familiares -, estes nem sempre constituem uma figura presente no dia-a-dia dos idosos. Razões como a distância a que vivem, o trabalho, os conflitos familiares, a emigração, entre outras, estão na origem do isolamento dos mais velhos. Um outro factor prende-se, muitas vezes, com o tipo de habitação que possuem - apartamentos ou casas unifamiliares – em que a existência de escadas e a ausência de

elevadores dificulta a capacidade de mobilidade e de deslocação dos idosos. O receio das quedas, tal como nos confidenciaram por diversas vezes, limita estes indivíduos ao interior da habitação. Estes aspetos contribuem para que os indivíduos vivam exclusivamente remetidos à casa, não contactando com o meio envolvente nem mobilizando os recursos que ele oferece. Os idosos possuem necessidades de dialogar, de serem ouvidos, de terem uma companhia. Mais uma vez, o SAD deve apostar, a nosso ver, na resolução desta necessidade.

Os voluntários, por exemplo, poderão solucionar este problema, desenvolvendo o seu trabalho presencialmente, sendo uma companhia para os idosos. Ao mesmo tempo, podem ajudar na satisfação de outra necessidade que se prende com retirar o idoso de casa, levá-lo a passear, potenciando a sua participação em atividades, o contacto com outros indivíduos, promovendo-se as sociabilidades e contribuindo para a sua inclusão social e para o combate ao seu retraimento. Habitualmente o serviço de apoio domiciliário não dá resposta ao problema do isolamento e da solidão. Os profissionais atuam mediante o serviço estipulado, com o tempo cronometrado, não existindo a possibilidade de um acompanhamento mais amplo e direto aos indivíduos e que potenciase a construção de uma relação de ajuda em que os idosos possam falar dos seus problemas e das suas preocupações. Os idosos requerem muita atenção, alguém disponível para o diálogo e em quem possam confiar para os auxiliar. O SAD inovador deverá capacitar os seus colaboradores, sensibilizando-os para o fenómeno do envelhecimento e particularmente para a importância da construção de relações interpessoais positivas com os idosos.

Os fenómenos do isolamento social e da solidão preocupa igualmente os mais velhos, denota-se claramente que a família nem sempre se encontra presente e, em muitos casos, os vizinhos funcionam como uma mais-valia para estes indivíduos. Encontrando-se as freguesias envolvidas no estudo localizadas nas imediações do centro da cidade, o SAD possui aqui uma mais-valia em termos de inovação. Como forma de combater o isolamento e a solidão e o retraimento social pretende-se criar uma série de parcerias com os serviços e entidades da cidade, de modo a potenciar a saída dos indivíduos das suas casas. Apesar de existirem algumas lacunas relacionadas com a oferta de serviços culturais na cidade, existe atualmente no concelho uma Universidade Sénior que se revelou disponível para atuar connosco. Neste espaço que se encontra bem localizado, os idosos têm ao seu dispor um conjunto de atividades: formações, *ateliers*, *workshops*, devidamente preparados por profissionais especializados na área da gerontologia que tentam ir de encontro aos

interesses dos indivíduos. Este espaço encontra-se devidamente equipado, tendo atualmente cerca de 60 alunos. O lado inovador do SAD deseja apostar no Envelhecimento Ativo, potenciando as diversas capacidades daqueles que felizmente ainda se encontram capazes de fazer. Deste modo, estamos a contribuir para que o indivíduo saia de casa, estabeleça uma rede de relacionamentos, fazendo novas amizades e apostamos na estimulação destes idosos através de atividades de diversos tipos.

Para a concretização deste serviço, tornou-se indispensável explicarmos aos indivíduos que, este é um serviço que engloba custos. O SAD exige pagamento do serviço e esta é uma questão que não podemos ignorar. Posto isto, tentamos perceber na tabela 61, se os indivíduos estão dispostos a suportarem os custos que o serviço exige. Assim, os inquiridos mostram-se disponíveis para pagar os serviços, 80,5% dos inquiridos está disposto a usufruir de um serviço mediante o seu pagamento. Esta situação revela a consciência dos idosos, perante a importância de um serviço que lhes garanta apoio, segurança e a resposta às suas reais necessidades.

Tabela 61 Disponibilidade dos inquiridos para pagar o serviço

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Não	14	18,9	11	17,5	14	22,2	39	19,5
Sim	60	81,1	52	82,5	49	77,8	161	80,5
Total	74	100,0	63	100,0	63	100,0	200	100,0

Ainda assim, uma percentagem de 19,5% dos inquiridos, mostrou-se indisponível para usufruir de um serviço não gratuito. A causa mais apontada prende-se com as dificuldades económicas em que vivem (84,6%), tal como ilustra a tabela 62.

Tabela 62 Razões pelas quais os inquiridos não estão disponíveis para pagar pelo serviço

	Idade							
	≤79 anos		80 – 84 anos		≥85 anos		Total	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Dificuldades económicas	11	78,6	9	81,8	13	92,9	33	84,6
Não me sentir à vontade com uma pessoa desconhecida	3	21,4	2	18,2	1	7,1	6	15,4
Total	14	100,0	11	100,0	14	100,0	39	100,0

A tabela 63 mostra os aspetos que os inquiridos consideram importantes num serviço de apoio domiciliário, cada um dos aspetos foi cotado de 1 a 5, sendo que 1

corresponde a “nenhuma importância” e 5 a “muita importância”. De uma maneira geral, os inquiridos classificam todos os parâmetros com alguma importância. Os indivíduos com idades inferiores a 79 anos foram os que maioritariamente apontaram a segurança, a solidão, a alimentação, a higiene pessoal e do espaço que habita, assim como o melhor acesso a cuidados de saúde, como fatores de muita importância. O que realça a preocupação com o futuro por parte dos idosos mais jovens e possíveis futuros utilizadores deste serviço. Todos estes aspetos são possíveis de serem assegurados pelo SAD, sendo que de uma maneira geral visamos dar resposta a estes aspetos contribuindo desta forma para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Tabela 63 Aspetos considerados importantes pelos inquiridos no serviço de apoio domiciliário

	Idade			
	≤79 anos	80 – 84 anos	≥85 anos	Total
Sentir-se mais seguro	5	4	4	4
Sentir-se menos só	5	4	4	4
Ter a alimentação mais assegurada	5	4	4	4
Participar na organização das ementas	4	4	4	4
Ter os cuidados de higiene pessoal assegurados	5	4	4	4
Ter os cuidados de higiene do espaço que habita melhor assegurados	5	4	4	4
Ter menos dificuldades financeiras	4	4	4	4
Ter um melhor acesso a cuidados de saúde	5	4	4	4
Ter ajuda para decidir como organizar os horários no seu dia-a-dia	4	4	4	4
Ter o acompanhamento de alguém para poder sair mais vezes de casa	4	4	4	4
Ter uma atividade regular de que gosto (aprender a ler e a escrever, jardinar, pintar, ...)	4	4	4	4
Conviver mais com crianças, jovens e adultos	4	4	4	4
Encontrar-me mais vezes com amigos e vizinhos	4	4	4	4
Receber mais apoio/visitas dos meus familiares	4	4	4	4
Sentir-se respeitado pelas auxiliares	4	4	4	4
As ajudantes familiares/ de ação direta terem tempo para estar comigo	4	4	4	4
Ter contactos com a técnica responsável pelo serviço de apoio domiciliário	5	4	4	4
Sentir-se respeitado pelos técnicos	4	4	4	4
Poder tomar decisões sobre a minha vida	5	4	4	4
Criar novas amizades	4	4	4	4
Sentir-se mais alegre	4	4	4	4
Passar a interessar-se por coisas que nunca lhe tinham despertado interesse	4	4	4	4

De entre os aspetos que os indivíduos consideram mais importantes, destaca-se as questões da segurança e da solidão. Esta realidade reforça a necessidade de um serviço de apoio domiciliário inovador. A alimentação e os cuidados de higienização da casa são aspetos básicos do serviço que nos propomos realizar. Pois, os idosos, principalmente aqueles que possuem uma idade mais avançada, não se sentem capazes de cuidarem de si próprios nem do cuidado das suas casas. Esta incapacidade para tratar da habitação observou-se em algumas habitações por nós visitadas - sujidade, descuido, acumulação de

lixo, eletrodomésticos avariados, etc. Quanto aos cuidados de saúde, como já foi dito, o SAD terá uma equipa que prestará o apoio aos idosos: assistência médica, enfermagem, nutrição, psicologia... áreas em que atuarão os técnicos que fazem parte do grupo de profissionais da Santa Casa e que irão trabalhar em prol dos utentes do SAD. Sempre que necessário os idosos serão devidamente encaminhados para os serviços de saúde da santa casa, que atuam em parceria com o centro de saúde/médico de família.

Ainda assim não nos podemos esquecer que neste grupo de idosos existem também indivíduos mais novos, afetados pela entrada de reforma e que assistiram a uma mudança significativa das suas vidas. Percecionamos que estes indivíduos possuem outro tipo de necessidades, nomeadamente ocuparem os seus dias, sentindo-se úteis. Em alguns casos necessitam de serem estimulados. Neste sentido, consideramos que o SAD também pode ter um papel interventivo, criando atividades que sejam do interesse dos indivíduos. Por exemplo, os próprios indivíduos poderão ser envolvidos no SAD não só como possíveis utilizadores do serviço, mas também desenvolvendo um trabalho de voluntários e auxiliando os idosos mais velhos e dependentes ou desenvolvendo voluntariado junto de outros grupos de indivíduos da comunidade.

A realização deste trabalho possibilitou a projeção de um serviço que se pretende que seja inovador e, que responda ao maior número de necessidades possíveis. O grande objetivo do SAD que visamos criar, passa por contribuir para uma maior qualidade de vida de todos aqueles que poderão, no futuro usufruir dos serviços do SAD. O contacto direto que estabelecemos com os inquiridos permitiu-nos traçar um caminho e pensar noutros domínios aos quais o SAD deverá dar resposta. Tomarmos consciência da realidade em que os indivíduos vivem, presenciar as suas dificuldades e sobretudo darmos-lhe a oportunidade de se poderem expressar na definição deste SAD, constituiu uma mais-valia. Posto isto enunciámos, os serviços que propomos para o SAD, atendendo ao lado inovador deste projeto:

- Programa de voluntariado. Seguindo esta linha, o voluntariado poderá fortalecer este serviço. Na santa casa, decorre atualmente a implementação de um banco de voluntariado que poderá ser direcionado para potenciar o SAD. Este aspeto pode constituir uma mais-valia: os voluntários constituem um recurso fundamental no terreno. Os objetivos do voluntariado passam por: melhorar a qualidade de vida dos utentes, combatendo o isolamento

social; promover o desenvolvimento pessoal e social dos utentes; facilitar e apoiar as atividades do serviço; apoiar na aplicação de actividades lúdicas e recreativas com os utentes. Quanto às atividades que podem desempenhar: apoiar na realização/participação de eventos; elaboração de atividades de animação; realização de atividades lúdico-pedagógicas para a estimulação cognitiva dos utentes, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Individual estabelecido pela equipa técnica; elaborar registos da intervenção e do acompanhamento feito ao indivíduo, transmitindo todas as informações à restante equipa. O voluntário deverá comprometer-se a ser uma figura constante junto dos indivíduos, auxiliando-os na resolução de problemas. Deverá ainda adotar um perfil pautado por atitudes e valores, tais como – disponibilidade, criatividade, motivação, participação, comunicação, espírito de equipa, sentido de responsabilidade, capacidade empática, estabilidade emocional/ autocontrolo. Aos voluntários deverá ser dada à priori formação, para que possam reunir conhecimentos teóricos e práticos da área da gerontologia. Este grupo de voluntários deverá englobar também idosos que estejam a usufruir do SAD, mas que ainda assim possuam capacidades para auxiliarem outros idosos, podendo sentir-se úteis e prestáveis no desempenho das suas funções. Os idosos não são todos iguais e, tal como já foi explicado, possuem diferentes necessidades. Não nos podemos esquecer que existem indivíduos, ainda que com uma idade avançada, disponíveis para participarem ativamente neste projeto;

- Acompanhamento dos utentes em saídas e diligências como: ida ao cabeleireiro, consultas médicas, realização de exames, resolução de problemas junto de instituições como as finanças, a câmara municipal, a junta de freguesia, o notário, os bancos... As saídas podem ser direcionadas para diferentes fins, no entanto, e, tal como concluímos, a inexistência de alguém que possa sair com o idoso e ajudar a solucionar os seus problemas constituiu uma necessidade diagnosticada. Poder contar com alguém que lhes faça companhia, lhes transmita confiança e segurança, os auxilie em caso de falta de informação, etc. Torna-se fundamental que a inovação do

SAD passe por dar mais importância a este aspeto;

- Criação de parcerias com a comunidade envolvente – câmara municipal, gabinete de ação social, escolas, universidade sénior, igreja etc. O objetivo destas parcerias passa pela criação de atividades do interesse dos indivíduos, como forma de combater o isolamento e solidão em que vivem. Potenciar o contacto dos idosos com a comunidade, contribuindo para a criação de laços e uma rede de sociabilidades. Por exemplo: atividades de fruição e produção cultural – visita aos museus da cidade e pontos turísticos, participação nas atividades do Marco Sénior (excursões, passeios, arraiais, bailes...). Apostar na promoção do envelhecimento ativo e na inclusão social dos idosos, combatendo estereótipos que associam o envelhecimento à inutilidade;
- Animação sociocultural destinada também a todos aqueles que não podem sair de casa: rentabilizar as visitas aos utentes através da organização de atividades que possam ser desenvolvidas em casa. Preencher os dias dos idosos fazendo-lhes companhia, escutando-os, realizando treino de capacidades e estimulação cognitiva. Através de rastreios e avaliações, podem ser detetados problemas do foro psicológico, podendo os idosos necessitar de um apoio mais específico;
- Criação de um programa que vise o melhoramento das habitações que se encontram danificadas. Através de voluntários que possuam conhecimentos e possam auxiliar os idosos nas reparações das casas e espaço envolvente, melhorando em alguns casos, as acessibilidades ao exterior. Esta medida pode contribuir para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos;
- Criação de uma equipa multidisciplinar (assistente social, psicólogo, nutricionista, enfermeiro...) que realize um diagnóstico permanente de necessidades e que planifique uma intervenção capaz de responder a essas necessidades. A definição das necessidades vai permitir que a equipa programe os serviços. Do trabalho desta equipa terá que fazer parte a construção de uma relação de ajuda.
- Criação de atividades que englobem as famílias, uma vez que estas nem

sempre estão presentes com os seus familiares. Aproximar as famílias e tentar envolvê-las no acompanhamento do processo de envelhecimento dos seus idosos. Uma vez que existe uma percentagem significativa de idosos com filhos emigrados, seria interessante existir uma aproximação, ainda que à distancia com estes. Atualmente através da internet e programas específicos, os idosos podem ser postos em comunicação permanente com os seus familiares afastados;

- Acompanhamento, apoio psicológico e formação para os cuidadores. Não nos podemos esquecer que, felizmente em muitos casos os familiares, são uma mais-valia para os seus idosos. São eles que cuidam, protegem e prestam todos os cuidados. Na maioria das vezes, os cuidadores encontram-se saturados, deprimidos e com sérias dificuldades na função assistencial que desempenham. Estes cuidadores necessitam de serem igualmente acompanhados e o SAD deve inclui-los, prestando-lhes todo o auxílio;
- Encaminhar estes indivíduos, sempre que necessário, aos serviços da santa casa nomeadamente às consultas de especialidade, fisioterapia, realizando a articulação com o médico de família. Aquisição do medical care. Atualmente a santa casa, encontra-se em processo de negociação deste instrumento, que irá facilitar a administração da medicação para os utilizadores do SAD, atenuando a dificuldade da medicação. Uma vez mais com o auxílio de voluntários, este problema poderá ser colmatado marcando presença diária nas residências dos indivíduos, verificando se não existem dúvidas na medicação. Promove-se com este tipo de serviço a educação para a saúde;
- Criação de uma linha de apoio 24horas (teleassistência), para que os idosos possam contactar a santa casa, em caso de emergência. Esta necessidade prende-se com a ausência de uma companhia/apoio durante o período da noite, necessidade que revelou alguma preocupação por parte dos idosos em geral.
- Estender as atividades existentes no lar da santa casa aos beneficiários do SAD: aulas de educação física, jogos tradicionais, atelieres de expressão

plástica, jardinagem, entre outras. Atividades que permitam construir relações intergeracionais – crianças, jovens, adultos, através da articulação com as escolas, de modo a dinamizar o dia dos indivíduos. O objetivo destas atividades passa por permitirem a integração dos indivíduos em estruturas existentes na comunidade, de modo a transmitirem as suas experiências, troca de saberes, comunicação com os outros, potenciando a criação de laços sociais com indivíduos que pertencem a outras gerações.

- Apoio diário sem interrupções. Normalmente os serviços de apoio domiciliário não funcionam ao fim de semana, o que obriga a que os indivíduos encontrem outro tipo de solução para colmatarem as suas necessidades nestes dias. A nosso ver, o SAD deverá ser um serviço contínuo e que funcione normalmente ao fim de semana de modo a evitar que os indivíduos percam este apoio aos sábados e domingos. Esta medida permite um maior acompanhamento do utente, ao mesmo tempo que contribui para que não haja interrupções no acompanhamento farmacológico.

8. CONCLUSÃO

O investimento em áreas tão diversas como as referidas constituirá, sem dúvida, um excelente contributo para a inovação do SAD. Conhecer a dinâmica deste tipo de serviço, ajudar-nos-á a idealizar e perspetivar a criação do SAD, refletindo sobre possíveis áreas de intervenção, já que se trata, afinal, do serviço comunitário mais valorizado pela população idosa que nós inquirimos. Deste modo a realização deste trabalho possibilitou a delineação de possíveis linhas orientadoras de intervenção quer ao nível da intervenção gerontológica, quer em investigações futuras que visem aprofundar o diagnóstico social. Pois, considerando os pressupostos da metodologia de projeto, o diagnóstico deve ser continuamente aprofundado de forma a melhor identificar os problemas e as necessidades dos utilizadores de serviços. Considera-se fundamental o levantamento das necessidades dos indivíduos possíveis usufruidores do SAD de modo a planear uma intervenção que vá ao encontro daquilo que é esperado. Por vezes, nos serviços sociais existentes, não se faz uma identificação das necessidades dos indivíduos, partindo-se do pressuposto que os idosos apoiados pelas estruturas de apoio domiciliário têm necessidades idênticas e de determinado tipo. Devemos fazer um diagnóstico gerontológico porque não é suposto ser o utente a adaptar-se aos serviços oferecidos pelo SAD, mas sim este serviço estar preparado para responder às necessidades efetivas dos indivíduos. O diagnóstico é fundamental ser feito num processo de investigação/ação porque da maneira como se colocam os problemas decorre em grande parte o seu modo de resolução. O olhar sobre a realidade condiciona o tratamento. A identificação e interpretação dos problemas constitui um momento decisivo que compromete a elaboração do projeto e a sua eficácia. Não podemos esquecer que o diagnóstico da situação social na qual se inscreve o projeto de desenvolvimento visa não somente fazer a análise dos fatores que estruturam esta situação; mas igualmente destacar as possibilidades de transformação, identificar os atores suscetíveis de sustentar uma dinâmica de mudança, em última instância, identificar as potencialidades de desenvolvimento. No nosso caso, não podemos esquecer que a Santa Casa da Misericórdia abraça este desafio de pensar um serviço de apoio domiciliário inovador porque centrado, desde a sua conceção, nos problemas e necessidades dos seus utilizadores.

Ao longo deste trabalho fizemos um esforço de reflexão sobre os caminhos de

intervenção apontados pelo diagnóstico que nos dá a garantia de fazermos uma relação efetiva entre o diagnóstico da situação social e a perspetivação dos programas de ação que integram o projeto. Não podemos, pois, de deixar de considerar que intervir num problema social supõe uma previsão de possíveis soluções, requerendo um maior conhecimento da situação e do problema ao qual se pretende dar resposta. Ao longo deste trabalho procuramos estabelecer uma relação entre o problema e as estratégias globais de solução previstas que corresponderam à formulação de hipóteses de ação que na metodologia de projeto têm uma função de orientar a experiência que deve estar sustentada na organização do plano de atividades que decorra da relação entre objetivos, meios e estratégias, pretendendo a concretização de objetivos definidos. A planificação deve situar-se em torno de questões como: porque é que isto deve ser feito? (relação com os objetivos); o que é que deve ser feito? (atividades e tarefas, pessoal e distribuição das responsabilidades, recursos necessários, etc.); onde deve ser feito?; quando deve ser feito? como deve ser feito? (meios e métodos). Neste trabalho limitamo-nos a apontar os grandes caminhos de intervenção, sem termos ainda condições de concretizar efetivamente o plano de intervenção, dada a fase em que nos encontramos deste projeto.

No SAD que idealizamos consideramos fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar que acompanhe devidamente a prestação dos serviços que compõem o SAD e que avalie de forma contínua a intervenção desenvolvida, considerando indicadores de adequação, de pertinência, eficácia, eficiência, equidade que permitam replanificar a intervenção a desenvolver nas diversas áreas de atuação do SAD. Consideramos que a avaliação deve ser contínua e participativa, avaliando o cumprimento do projeto, dos seus objetivos, a realização das atividades e resultados obtidos, reformulando objetivos e atividades, assim como as responsabilidades, sempre que se considere necessário.

Este aspeto irá contribuir para uma melhor coordenação, supervisão e consequentemente uma melhor qualidade do serviço. Não podemos deixar de considerar que neste tipo de projetos, além da intervenção e da investigação, a formação dos atores sociais é também um grande objetivo. A formação dos profissionais que integram as diversas equipas pode ser feita durante o processo de avaliação da intervenção, dos diversos programas de ação que integram o plano de intervenção, apelando a uma autorreflexão e a uma reflexão em grupo que lhes permita questionar os seus modos de fazer e evoluir no sentido de os aperfeiçoar. A avaliação deve ser entendida como um processo de aprendizagem, tratando-se de um instrumento de reflexão e de racionalização

face a contextos e resultados da ação. Neste processo, os responsáveis da ação aprendem a gerir, a adaptar as soluções às necessidades e aos contextos evolutivos que se modificam constantemente através do acompanhamento avaliativo.

Este projeto tinha como principal objetivo traçar o perfil de envelhecimento da população idosa a residir em três freguesias do concelho do Marco de Canaveses, numa área geográfica onde as pessoas não têm acesso a serviços de apoio domiciliário. Em termos de objetivos específicos diagnosticamos os principais problemas, no que respeita ao acesso da população envelhecida aos padrões de vida atual; tentamos perceber que oportunidades possuem estes indivíduos em termos de inclusão social, nomeadamente no que respeita às redes de relacionamento social. A realidade dos indivíduos foi deste modo analisada tendo em conta três importantes dimensões associadas ao processo de envelhecimento – o acesso aos recursos económicos, as oportunidades de integração em redes de interação social e as possibilidades de vivenciar o pós reforma, de forma ativa e participativa. Aspetos como o alargamento do serviço a um maior número de indivíduos, criar serviços no campo do apoio domiciliário com uma oferta mais diversificada e abrangente, só serão possíveis se for dada a possibilidade do indivíduo fazer parte integrante da definição deste serviço, escutando-o e dando-lhe voz ativa no processo de tomada de decisão, fazendo dos idosos sujeitos no processo de intervenção e não objetos de ações decididas pelas organizações e pelos seus gestores e profissionais.

Na oferta mais diversificada não podemos esquecer os programas de atividades de produção e de fruição culturais, no campo de várias atividades artísticas. Além da aprendizagem que estas atividades podem proporcionar, trata-se de integrar os idosos nas diversas estruturas da comunidade local, podendo os idosos estar implicados na descoberta do património existente através da frequência de lugares consagrados e dos mais diversos meios didáticos. A qualidade e a consistência das aprendizagens são tidas como fator fundamental para atuar sobre os fenómenos de apatia e retraimento social que resultam largamente da falta de investimento na manutenção de interesses e da falta de inscrição numa rede relacional densa, precipitando a dependência.

O SAD terá desta forma um papel preponderante no combate ao isolamento e à solidão dos mais velhos, contrariando a tendência de confinar os indivíduos às suas residências. Para tal será uma aposta potenciar o contacto com gerações mais jovens, mobilizar uma diversidade de recursos presentes na comunidade, contribuindo para a integração dos mais velhos na sociedade. A criação de espaços de transmissão

intergeracional da história vivida, de comunicação das experiências dos mais velhos e de reflexão conjunta em torno dos valores e prioridades a estabelecer na condução da vida, realizada pela discussão de temas em grupos de conversa, é com certeza uma aposta para a intervenção neste campo da gerontologia social.

9. BIBLIOGRAFIA

Anderson, R.; Breuninger, C.; Harold, C.; Poole, L. (2001). *Pocket Guide to Home Care Standards: Complete Guidelines for Clinical Practice, Documentation, and Reimbursement*. USA: Springhouse Home Care.

Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*, 598-600. Ediciones Pirámide, Madrid

Baker, D; Gottschalk, M.; Eng, C.; Weber, S.; Tinetti, M. (2001). *The Design and Implementation of restorative Care Model for Home Care*. *The Gerontologist*, 41 (2), 257-263.

Benjamin, A. (1999). A Normative Analysis of Home Care Goals. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 445-468.

Bernardo, M. (1996). Algumas Considerações sobre a Acção Social e Assistência Domiciliária. In *População Idosa, Análise e Perspectivas. A Problemática dos Cuidadores Intrafamiliares* Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Binstock, R.; Cluff, L. (2000). Issues and Challenges in Home Care. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advance*, (pp. 3-34). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

Bonfim, C. J; Veiga, S; (1996). Serviço de Apoio Domiciliário – Núcleo de documentação técnica e divulgação, 2ª edição, Lisboa

Câmara Municipal de Marco de Canaveses, *Diagnóstico Social do Concelho de Marco de Canaveses*, 2011.

Cox, D.; Ory, M. (2000). The Changing Health and Social Environments of Home Care. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.), *Home Care Advances* (pp. 35-55). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

Dane, B. (1990). Services to families of the Elderly. In Monk, A. *Handbook of Gerontological Services*. New York: Colombia University Press.

Departamento de Estatísticas censitárias e da População, *O envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*, INE, 2011

Duarte, Y.; Diogo, M. (2000). *Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico*. In Duarte, Y (Ed.) *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico* (pp. 3-17). S. Paulo: Editora Atheneu. Dunkle et al. (2001)

Direcção Geral de Acção Social (DGAS), (1998). *Levantamento das Necessidades das Pessoas idosas em Contexto Rural*. Documentos Temáticos, 12. Ministério da Segurança Social

Emler, C. (1996). The Informal Caregiver. In *In-Home Assessment of Older Adults. An Interdisciplinary Approach*. Maryland: An Aspen Publication.

Ermida, J. (2006). Avaliação Multidimensional do Idoso. Material de Apoio da Disciplina Avaliação do Idoso.

URL: www2.cs.ua.pt/ficheiros/Disciplinas/Avaliação/M1/avm_idoso.pdf [05.05.2006]

Estes, C. (2000). The Uncertain Future of Home Care. In Robert, Binstock; Leighton, Cluff (Eds.) *Home Care Advances* (239-256). New York: Springer Publishing Company.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, 36, 39-52.

Fonseca, António Manuel – O Envelhecimento, Uma abordagem psicológica. Universidade Católica Editora; Lisboa; 2004; 972-54-0099-2

Hérbert, R.; Durand, P.; Dubuc, N. ; Tourigny, A. (2003) PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3 (18), 1-8.

Hespanha, P; Portugal, S. (2002). *Transformação da Família e a Regressão da Sociedade- Providência*. Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente – Comissão de Coordenação da Região Norte, Porto.

Hutson, R. (2000). Home Care as a Business. In Binstock, R.; Cluff, L. (Eds.) *Home Care Advances* (pp. 117-133). U.S.A.: Springer Publishing Company, Inc.

IMSERSO (2004). *Libro Blanco de la Dependencia - Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* (2004). Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. IMSERSO,

Jacob. L. (2005). Disponível em URL: www.socialgest.pt

Kane, R. (1994). Perspectives on Home Care Quality. *Health Care Financing Review*, 16, (1), 69-89.

Kane, R. (1999). Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Esther, or Both? *Jornal of Aging and Health*. Vol. 11(3), 299-321.

Kane, R. (1999) Examining the Efficiency of Home Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 322-340.

Karsch, U. M. (2003). *Idosos dependentes: família e cuidadores*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 19, n.º 3, Rio de Janeiro, pp. 861-866.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 202-229) Lisboa: Climepsi Editores.

Lenoir, R. “*Object sociologique et problème social*”, Dunod Paris, 1990

Libro Blanco de la Dependencia - *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* (2004). Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad.

Marques, C. (2002). *II Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento*. In *Pretextos*, 10, 7-8.

Matin, I. (2010). *Estatísticas e Equipamentos Sociais em Portugal_2010*. Unidade de investigação e Formação sobre adultos e idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Matin, I., Borges, R. (2006). *Estatísticas e Equipamentos Sociais em Portugal_2006*. Unidade de investigação e Formação sobre adultos e idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Matin, I., Oliveira, L. (2010). *Análise da intensidade dos serviços de cuidados prestados aos utentes idosos de Serviço de Apoio Domiciliário*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13 (2): 197-208.

Neto, M.P. (1992) - *Gerontologia. - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu

Nolan, J. (2001). Community Care. In Nolan, M; Davies, S; Grant, G. (Eds.), *Working with older people and their families*. London: Open University Press.

ONU, II Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento Humano, Madrid, 2002,. Disponível em URL: www.imsersomayores.csic.es

Otero, A.; Zunzunegui, M. (2001). La importancia de identificar las necesidades de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36, (3), 41-42.

Pais, José Machado, *Nos Rastos da Solidão – deambulações sociológicas*, Enciclopédia Moderna Sociologia, Âmbar, 2006

Pastor- Sánchez (2003). Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. *Semergen*, 29(08), 397-398.

PAÚL, Maria Constança, *Lá para o Fim da Vida – Idosos, Família e Meio Ambiente*, Livraria Almedina, Coimbra, 1997.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Manuais Universitários 42. Lisboa: Climepsi Editores

Perez, F.; Fernández G.; Rivera E.; Abuím J. (2002), *Envejecer en Casa – La Satisfacción Residencial de los Mayores en Madrid como Indicador de su Calidad de Vida*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid: CSIC. Pimentel,

Pimentel, L. (2000). *Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. Geriatria*, Vol XIII, nº 125, 13-18.

Pimentel, L. (2000). *O lugar do idoso na família: contexto e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo (2014)
URL: <http://www.pordata.pt/>

Portugal, Ministério da Segurança Social. Despacho Normativo nº. 62/99, de 29 de Setembro (Serviço de Apoio Domiciliário)

Quaresma, L. (1999). Os Direitos das Pessoas Idosas – da ajuda doméstica
Raquel Ferreira

domiciliária à intervenção integrada. In *Seminário Europeu – Apoio Domiciliário* (pp. 18-23). Lisboa : Direcção Geral de Acção Social.

Quaresma, M. L. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social.

Quaresma, M.L. (2002) Formação Gerontológica na Europa. Rv. *Futurando*, nº 5/6/7, Lisboa. CESDET, Edições

Reifler, B.; Cox, N. (2001). Caring and Mental Illness. In Cluff, L; Binstock, R (Eds.) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. pp. 55-74.

Revilla, L.; Almendro, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria*. Vol. 31 (9) 587-591.

Rodríguez, P. & Sánchez, C.(2000) *El Servicio de Ayuda a Domicilio-Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Paraamericana

Sampaio, R.M., (1999) *Planeamento e programação de Serviços de Apoio Domiciliário*. Seminário Europeu, 6-8 de Janeiro , Apoio Domiciliário – Comunicações e outra Documentação, 51-56. Edição: Lisboa, Direcção-Geral de Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação Documentação Técnica e Divulgação.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira. M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.

Stone, R. (2001). Home and Community –Based Care. Toward a Caring Paradigm. In Cluff, L.; Binstock, R. (Eds.) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society* (pp.155- 176). USA: The Johns Hopkins University Press.

Segurança Social (2006). Site da Segurança Social.

URL: www.seg-social.pt.

Stone, R. (2004). The Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 521-537.

Thomé, B., Dykes, A.; Hallberg, I. (2003). Home Care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 860-872.

Wade, D. (1998). *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Great Britain: Oxford University Press.

Trigueros, I y Mandragón J., (2006) *Manual de Ayuda a Domicilio*. Madrid: Siglo XXI de España Editores

Anexos

